

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DE LA NACION

PROGRAMA DE GOBIERNO DEL EXCMO.
SEÑOR PRESIDENTE DE LA NACION,
GENERAL DE BRIGADA JUAN PERON

PLAN ANALITICO DE SALUD PUBLICA

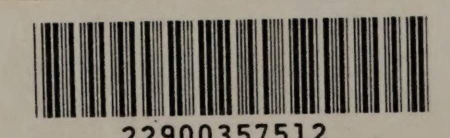
PREPARADO BAJO LA DIRECCION TECNICA DEL Prof. Dr. RAMON CARRILLO, SECRETARIO DE SALUD PUBLICA DE LA NACION

TOMO I

BUENOS AIRES
1 9 4 7

ARGENTINA:

Secretaría de Salud Pública de la Nación.



ADVERTENCIA

El adjunto plan de distribución de camas es sólo un anteproyecto. Es pasible, por tanto, de dos o más reajustes posteriores.

Atento a que tal distribución es provisoria, se advierte al lector que ésta podrá modificarse de acuerdo a estudios complementarios, considerando los medios y materiales disponibles en el mismo terreno de cada obra.

El presente anteproyecto ha sido confeccionado con los datos e informaciones enviadas por las autoridades sanitarias provinciales y los antecedentes recogidos por los delegados de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, teniendo en cuenta asimismo los respectivos planes sanitarios de los gobiernos provinciales, como también las obras ya existentes, sean nacionales, provinciales, comunales o privadas (Sociedades de Beneficencia, etc.).

En el tomo atlas de próxima aparición las camas y los servicios serán distribuídos de acuerdo al reajuste más exacto posible, resultante de las deliberaciones de la 1ª *Conferencia Sanitaria Nacional del* 5 *de mayo de* 1947.

Estos establecimientos asistenciales funcionarán al servicio de los Centros de Salud de todo el país, que son los encargados de practicar la medicina preventiva, es decir la medicina del Porvenir.



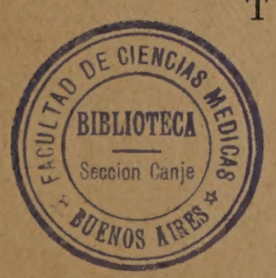
SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DE LA NACION

PROGRAMA DE GOBIERNO DEL EXCMO.
SEÑOR PRESIDENTE DE LA NACION,
GENERAL DE BRIGADA JUAN PERON

PLAN ANALITICO DE SALUD PUBLICA

PREPARADO BAJO LA DIRECCION TECNICA DEL Prof. Dr. RAMON CARRILLO, SECRETARIO DE SALUD PUBLICA DE LA NACION

TOMO I



BUENOS AIRES
1 9 4 7

DIRIGIERON ESTE TRABAJO:

S. E. el Señor Secretario de Salud Pública de la Nación

Prof. Dr. Ramón Carrillo

El Secretario General del Plan Quinquenal de la Secretaría de Salud Pública

Dr. Gerónimo Horacio Alvarez

COLABORARON:

Dr. Abadie Acuña, Pedro
» Aberg Cobo, Ernesto J.
» Agote Robertson, Luis
» Aguilar, Julio C.
» Aleandri, Juan A.
» Alvarado, Carlos Alberto
» Allemand, Hugo
» Amoret, Alejandro
» Andrés Fernando J.
» Armando, Carmelo S.
» Bandín, Jaime
Sr. Barrio, Avelino
Dr. Bazán, Florencio
» Berisso Enrique
Dr. Basso Dastugue
» Bettinotti, Saúl
» Bianchi, Alfredo
» Blanchet, Edmundo
» Bottini, Emilio B.
» Camaño, Oscar A. L.
» Cañizal Oviedo, Baldomero
» Caruso, Alfredo
» Cendoya, Jorge A.
» Cervini, Pascual
» Cianchetta Sívori, Adolfo
Sr. Clavijo, Jorge
Dr. Crivellari, Carlos A.
» Chichilnisky, Salomón
» de Pablo, Vicente
» De Santo, José
» Díaz, Nicolás A.
» Díaz Colodrero, Pedro J.
» Diez, Magín A.
» Di Lella, Roberto
» Domínguez, Angel
» Escudero, Pedro
» Falcón, Luis
» Fernández, Juan Antonio
» Fernández Cánepa, Justo
» Figueroa, Erasmo
» Framiñán, Mario J.
» Francone, Juan P.
» Gálvez Bunge, Gabriel
» Garat, Benigno R.
» Giannini, Quirico
» Ginastera, Martín
» Gnocchi, Osvaldo S.
» Grielot, ...
» Gamboa, Marcelo
» Harispe, Carlos M.
» Izzo, Roque A.
» Jorge, José M.
» Jáuregui,

Dr. Kraly, Antonio
» Lacase, Jorge E.
» La Roca, José
» Lepera, Luis
» Lienhadrt, Ernesto
Dra. Longoni, Haydeé F. de
Dr. Lynch, Francisco
» Llanos, Leónidas
» Marchese, Carlos Alberto
Sr. Mc. Guire, Patricio
» Merlo, Jorge E.
Dr. Molina Pantoja, Atilio
» Mondría, Julio A.
» Moragues Bernat, Jaime
Sr. Morales, Cecilio
Dr. Nenclares, Adolfo
» Nogués, Julio G.
» Oggero Argentino
Dr. Onorato, Francisco
» Pagniez, Enrique
T.Cnel. (R) Paoletti, Rolando
Dr. Parodi, José B.
» Paso Juan R.
» Pataro, Francisco
» Pierángeli, Enrique
» Pieroni, Pedro F
» Pinto, Andrés
» Porto, Jorge
» Ro Castilla, Oscar
» Romero, José María
» Rodrigué, Carlos
» Rodríguez, Germinal
» Rodríguez Cámpora, Homero G.
» Rossi, Fernando E.
» Ruiz Moreno, Aníbal
» Ruiz Villasuso Eduardo
» Sangalli Dupuy, Enrique
» Savino, Enrique
» Scasso, Víctor
» Secco, Francisco
» Silva, Emilio Luis
» Silveira Reyes, Alberto
» Sívori, Pedro N.
» Souza Lobos, Juan G.
» Steinberg, Isidoro Carlos
» Tavolaro, Vicente
» Tonina, Teodoro A.
» Urbandt, Ismael
» Velasco, Antonio
» Viacava, Enrique P.
» Voss, Carlos A.
» Wyemberg, Enrique
» Yáñez, Ricardo Martín

Los gráficos e ilustraciones fueron ejecutados por la oficina de Difusión del P. Q. de Salud Pública a cargo del Sr. Oscar O. Bancalari.

«Carecemos de los edificios indispensables para ampliar el sistema sanitario. Mientras la población ha crecido en proporción geométrica, los establecimientos médicos y sus posibilidades han crecido sólo en proporción aritmética. Disponemos de 64.000 camas en todo el territorio, pero, de acuerdo con nuestra población, necesitamos 122.000.

De nada sirve tener grandes médicos y especialistas, si los beneficios de su ciencia no pueden llegar al pueblo por intermedio de organizaciones adecuadas. No hay exceso de médicos. Una mala distribución —determinada por factores geográficos y económicos— conduce a la concentración de profesionales en los centros urbanos. Por eso sobran médicos en la Capital y faltan en las Provincias y Territorios, donde diariamente se expiden certificados de defunción de ciudadanos muertos sin atención profesional.

El Estado debe afrontar la asistencia médica integral en beneficio de aquellos que ganan menos. Será conveniente semisocializar la medicina respetando el libre ejercicio de la profesión y la libre elección del médico por el enfermo y fomentar, por otra parte, para las clases pudientes, el desarrollo del régimen asistencial privado. Para el desarrollo del sistema, es conveniente contar con el apoyo popular y de los vecindarios, siempre dispuestos a ofrecer su colaboración humanitaria.»

(Del mensaje leído por el Excmo. Señor Presidente de la Nación, General de Brigada, don Juan D. Perón, ante el H. Congreso de la Nación, el día 26 de junio de 1946, con motivo de inaugurarse el período legislativo).

«Cuando pensamos que pudimos llegar hasta las horas actuales sin tener un organismo coordinador y de dirección de la salud pública, debemos dar gracias a Dios que haya sido hasta ahora tan benévolo con los argentinos. Es inconcebible que no existiesen sino organismos parciales y unilaterales.

Cuando una nación debe combatir a un enemigo exterior, forma un ejército, ya que no sería suficiente entregar a cada ciudadano un arma, para que él por su cuenta combatiese con el enemigo, porque, por falta de organicidad, sería de una debilidad extraordinaria. De la misma manera, para combatir el mal, que es también un enemigo extraño, la República Argentina ha confiado sólo a la capacidad de sus facultativos, para que, por su cuenta y riesgo, individualmente, combatieran el mal dentro de la República. Vale decir, que los flagelos colectivos que hoy están azotando a la Argentina, la lepra, la brucelosis, la sífilis y la tuberculosis, son aisladamente combatidos por nuestros médicos, a quienes reconocemos extraordinaria capacidad individual, pero el Estado ha dejado abandonada la organización de ese ejército contra el mal, en forma que la República está frente a esa fuerza extraordinaria de las epidemias sin un arma apropiada para combatirla.

La creación de la organización de Salud Pública, no es ni más ni menos que un comando central, que ha de organizar las fuerzas en forma colectiva para combatir los males colectivos.

En el plan de gobierno no podía dejar de tener lugar preferente cuanto afecta a la salud pública. Para ser en la misma una ordenación adecuada y obtener un resultado fructífero, era elemento indispensable delimitar el campo de la actuación de la Sanidad Pública, mediante la determinación de las actividades que incumben al Estado en tan delicada materia; todo ello como medio de llegar a la formación de un verdadero código sanitario. Ese es el sentido que tiene el proyecto de ley que el Poder Ejecutivo somete a la consideración del Honorable Congreso.»

(Versión taquigráfica de las palabras del Excmo. Señor Presidente de la Nación, General de Brigada, don Juan D. Perón, en la Cámara de Diputados de la Nación, al exponer las bases del Plan Quinquenal el día.................)

En cuanto a la salud pública, nuestro país no tenía tampoco asegurado lo que justicieramente necesita cada habitante. Si me enfermaba yo, supongamos que fuese millonario, traería médicos de cualquier parte del mundo, es decir, a los más eminentes, que sólo operan por 10 ó 15 mil pesos la operación. Y tenía asegurada la posibilidad de salvar la vida. En cambio, el pobre estaba totalmente alejado de toda posibilidad. Y no es nada aquí, en Buenos Aires, en donde más o menos, en los buenos hospitales puede uno hacerse atender con médicos eminentes. Echen una mirada al interior del país, donde el 50 por ciento de los que mueren, mueren sin asistencia médica. Esta es la realidad argentina. Y esto no es defecto de nuestros médicos, porque tenemos médicos capaces, eminentes, conocidos en todas partes del mundo por su contracción a la ciencia y por su capacidad. Es defecto del Estado, pues, mientras que en Buenos Aires los médicos andan a los empujones para pescar un enfermo, en el interior, los pobres enfermos se mueren sin asistencia, porque hay lugares en donde hasta 50 ó 60 leguas de distancia no existe un médico. Esto tiene que solucionarlo el Estado. Por eso, otro asunto que es tan importante como el de la asistencia individual, es el de la asistencia colectiva.

En nuestro país existen verdaderas columnas de males colectivos que están avanzando sobre la población. Hace 40 años que en nuestro país no había sino 4.000 leprosos, hoy hay 30.000 que andan repartiendo el mal por toda la República. El paludismo, que antes era de Tucumán y de Salta, ya lo tenemos en Córdoba y ya lo tenemos en Corrientes. Quiere decir que si la incuria por la salud pública continuaba, no pasarían 50 años sin que éste fuera un país de leprosos, de palúdicos y de tuberculosos ¿Por qué es eso? Porque nunca se organizó la salud pública. Si había un ministro de Agricultura, ¿cómo no había un ministro de Salud Pública? ¿Qué es lo que pasó? ¿Cómo se combatieron los males colectivos en nuestro país? ¿Cómo se combatió la tuberculosis? ¿Cómo se combatió la lepra? ¿Cómo se combatió la sífilis? ¿Cómo se combatió la brucelosis? De una manera totalmente irracional. A cada médico le dieron su ciencia y su título y él fué solo a buscar los enfermos o los enfermos fueron a buscarlo a él para que los curara en trabajo indi-

vidual. ¿Pero es que esto es la defensa que el Estado tiene la obligación de hacer con sus conciudadanos? Es lo mismo que si el país se preparara para una invasión de un ejército extranjero y llamáramos a cada ciudadano y le diéramos un fusil y le dijéramos: Vea, cuando vengan los vamos a parar. Es probable que no paráramos a nadie. La lucha contra el mal colectivo hay que hacerla con un ejército colectivo. Los médicos tienen que formar un verdadero ejército con su comando y sus estaciones sanitarias y con sus columnas sanitarias; colectivamente con sus armas para combatir el flagelo que es también colectivo. Y eso, desgraciadamente, en nuestro país todavía no se ha realizado. Por eso, en aquella época era fácil aislar a 4.000 leprosos, pero hoy es mucho más difícil aislar a 30.000, quitarles sus hijos para que no los contagien y educarlos por el Estado.

Salud Pública es ese ejército que ha de combatir colectivamente a los males colectivos y que ha de tratar de asistir por cuenta del Estado a los ciudadanos que no pueden pagar su asistencia médica. Esta organización sanitaria implica conservar la vida. En el país de la carne, en el país del pan, en el país que tiene 300 días de sol al año, en el país que tenemos de todo, en el país donde toda la población tiene el mayor límite de posibilidades para la salud, el término medio de la vida está 10 ó 20 años por debajo de otros pueblos de Europa y 10 años debajo de Estados Unidos. La salud pública organizada está destinada a prolongar de 10 a 20 años la vida de los hombres, término medio. Si eso es poco, señores, podríamos seguir prescindiendo de un Ministerio de Salud Pública. Salud Pública no debe tener límite en sus gastos. El límite lo ha de dar la necesidad de curar a todos los enfermos que el país tiene.

(Versión taquigráfica de las palabras pronunciadas por S. E. el Señor Presidente de la República, General de Brigada Juan D. Perón, ante los gremios obreros en el Teatro Colón, el 25-XI-46).

Con otra Universidad, los médicos hubieran sido la avanzada de la política económico-social del Excmo. Señor Presidente de la Nación, porque ellos —mejor que nadie— conocen el dolor y el sufrimiento de los humildes, ya que alternan su visita al palacio del rico, con su visita a la vivienda del pobre y son testigos diarios de los oscuros dramas de la miseria. Si muchos colegas no comprendieron en su hora, ni vieron, ni escucharon, ni quisieron ver y escuchar, es porque ciertas cosas andaban mal en el país, pero felizmente la crisis ha sido superada.

Aun dejando de lado las proyecciones de la doctrina del General Perón, en el campo de la medicina social, debemos reconocer que gracias a él se llegó al Estatuto de las Profesiones del Arte de Curar y se le dispensó al gremio una deferencia que jamás le fué concedida por ningún otro gobierno, jerarquizándonos, con la creación de la Secretaría de Salud Pública de la Nación que, en el orden institucional, representa una conquista revolucionaria.

Como si eso no fuera bastante, tenemos que agradecer al Excmo. Señor Presidente, el decreto N.º 7.631/46 del 21 de agosto, por el que se asigna el sueldo mínimo de 375 *pesos a todos los médicos nacionales, cuyos haberes se abonan estos días con antigüedad al* 1º. *de julio, más el aguinaldo; el decreto N .* 22.038 *del* 13 *de diciembre de* 1946, *por el cual desaparece el absurdo sistema de los médicos subsidiados y pasan a ganar éstos* 375 *pesos, creándose, además, la carrera del médico sanitario, con lo que se abre un nuevo horizonte para los jóvenes de las nuevas promociones. Han resultado, con uno y otro decreto, beneficiados y equiparados un total de 5.000 profesionales, y con el decreto N.º 11.055 del 17 de setiembre de 1946, que implanta, en Salud Pública el escalafón sanitario, no tendremos más directores de hospitales del interior, jornalizados y ganando sueldos de peón; ni tendremos más obreros especializados con 25 años de servicio y con jornales de 3 pesos diarios, ni técnicos con 160 pesos mensuales.*

Nadie puede considerarse en un papel secundario en esta lucha por la preservación de la salud y atención de los enfermos. En la inmensa tarea, hasta el colaborador más modesto tiene su

gran papel, una función que exige un sacrificio, tanto más abnegado cuanto más oscuro. Puede que nadie conozca ni reconozca el sacrificio de cada uno de ustedes, que nadie sepa cómo cada uno y todos ustedes han contribuído al gran movimiento en contra la desvitalización del país; quizás sus nombres no trasciendan jamás, pero sus esfuerzos quedarán perdurables en la obra cumplida de preservar la salud de la comunidad y prolongar la vida útil del hombre.

En Medicina Social, entendida como materia de gobierno, no interesa tanto el problema individual de la enfermedad como el problema colectivo de la salud. Por eso hablo de los problemas de la salud y no de los problemas de la enfermedad, pues la enfermedad es un proceso episódico y evitable en gran parte, si los estadistas y los hombres que dirigen la salud pública piensan más en los sanos que en los enfermos, en la convicción de que es más barato prevenir que curar.

La enfermedad es el conjunto de reacciones anormales del hombre frente a estímulos anormales por su intensidad o duración y resulta de la inadaptación del ser humano a las modificaciones de su medio externo. Por eso mismo consideramos la enfermedad como un hecho transitorio o excepcional en la evolución biológica, en tanto que la salud y el desgaste natural, es el hecho permanente, el que interesa a la mayoría, y, por consiguiente, el que preocupa a los estadistas. La salud es la base de la felicidad popular y se define como el bienestar físico, mental, moral y social del individuo, pues éste es una resultancia del medio ambiente social, como el enfermo lo es del medio ambiente físico. El medio social físico, de cuya armonía depende la salud del pueblo, cuando se modifica, cuando se altera o cuando se desequilibra, produce todas las enfermedades posibles y es el principal factor en el proceso de la desintegración orgánica de los individuos y de las naciones. Por eso, cuando desde la Secretaría de Trabajo y Previsión se combatieron todos aquellos componentes económicos y sociales, que gravitan negativamente en la vida de la población, cuando se luchó contra los bajos salarios y la desocupación para levantar el «standard» de vida de la clase trabajadora, se desarrolló una acción concurrente con las autoridades sanitarias.

La medicina, como arte de preservar, conservar y restaurar la salud de la comunidad, configura un nuevo aspecto de la civilización contemporánea, y su evolución y su historia traducen el grado de cultura de un pueblo, porque, conforme el pueblo avanza en su progreso, el hombre, el Estado y la colectividad saben luchar mejor contra las enfermedades y cada vez con mayor

éxito. La medicina no es sólo un oficio, es una ciencia social, una ciencia política y una ciencia económica, y finalmente, es también una forma de la cultura y la expresión más concreta del grado de adelanto de una nación.

La civilización y la cultura son fenómenos muy complejos. Ambos concretan los dos aspectos de la convivencia humana: uno, el material, la civilización, y el otro, el espiritual, la cultura. Pero una nación no podrá ascender, ni en uno ni en otro aspecto, si la unidad común que los contiene, es decir, el hombre, no logra realizarse plenamente, en lo material y en lo espiritual. Una nación podrá producir grandes pintores, poetas y filósofos, podrá ser el primer país industrial del mundo o el más grande granero de la tierra, pero no podrá considerarse nación civilizada, mientras sus niños mueran como moscas y la mayoría de su población viva en medio del hambre y de la miseria.

Si bien la medicina ha hecho que la vida, en esta época, sea menos peligrosa que en la antigüedad, todavía tenemos situaciones, como las que ofrece nuestro país, en que cerca de la mitad de la población vive aún en condiciones sanitarias defectuosas, sin poder recibir, directamente, los beneficios del progreso médico. Hemos considerado siempre que no puede haber pueblo sano mientras su nivel de vida se mantenga bajo, y que era un triste sarcasmo inyectar a ese pueblo sueros y vacunas, darle medicamentos contra las enfermedades por un lado, si por el otro era explotado y mantenido en la pobreza y la miseria. Por eso la libertad económica es la etapa previa al nuevo esfuerzo del gobierno, que consiste en completar las conquistas de las clases trabajadoras con los beneficios fecundos de la salud. La sanidad pública no puede desarrollarse si no existen dos condiciones: 1.º), un «standard» de vida alto de los trabajadores, y 2.º), una elevada cultura popular. De lo contrario, todos los sacrificios serán vanos o estériles y todo lo que se gaste en salud pública será gasto improductivo.

En el estado actual de la ciencia, no hay ninguna razón para que exista viruela, ni difteria, ni peste bubónica, ni epidemia tifoidea, ni de disentería, porque esas plagas no son más un problema médico, sino un verdadero estigma para la Nación, una ominosa prueba de que el «standard» de vida y la cultura del pueblo no están lo suficientemente altos todavía.

Existe un hecho paradojal que quiero destacar y es que la ciencia médica ofrece mucho más de lo que el pueblo recibe en la práctica. Eso es lo que ha querido decir el Excmo. Señor Presidente de la Nación, cuando en el mensaje al Parlamento ha expresado que de nada nos sirve tener grandes profesionales o grandes especialistas, si los beneficios de todo ese progreso indi-

vidual de los médicos no pueden llegar a las masas, debido a que no existe una estructura sanitaria bien instrumentada como para llevar los avances de la ciencia al pueblo trabajador.

Tres son los factores que condicionan la salud o las enfermedades de un pueblo: 1.º) *el más importante, el social y el económico;* 2.º) *la ignorancia;* 3.º) *la efectividad de los servicios médicos. Mientras la mayoría de los habitantes continúen sin un nivel de vida suficiente, no será posible encarrilarlos hacia la vida saludable, porque la pobreza destruirá por sí sola todas las conquistas de la higiene. Las condiciones sanitarias dependen también del grado de la cultura popular, ya que la ignorancia es otra de las grandes causas de la enfermedad. La salud no puede ser impuesta, no podemos obligar a nadie a que cuide su organismo. Por eso es indispensable hacer comprender al pueblo que él es responsable de su propia salud y que el trabajo de los médicos es absolutamente estéril si no se cuenta con la colaboración de los beneficiarios.*

Es necesario educar a todos los habitantes del país para que tengan un correcto concepto de lo que es la salud, y para que acepten su responsabilidad individual frente a la sociedad, será necesario vencer costumbres y prejuicios, que, sancionados por la tradición, suelen comprometer de modo muy grave la vida colectiva.

La salud del pueblo depende de factores económico-sociales y de la educación sanitaria —he dicho—, pero depende también de la eficiencia de los servicios médicos. Es necesario dotar al país del mínimo indispensable de establecimientos de asistencia, de prevención y de investigación científica, para que la acción de la Secretaría de Salud Pública sea realmente efectiva, para que la ciencia médica no esté sólo al servicio de los pudientes y pueda aplicarse extensivamente en todo el territorio de la Nación. Necesitamos un sistema de servicios que beneficie a todos, sanos y enfermos, ricos y pobres. No hay ninguna razón para que no podamos organizarlos nosotros como los demás países civilizados del mundo. Si hemos resuelto problemas más graves, con más razón podemos resolver éste, que, en el fondo, es sólo un problema de obras públicas y de organización. Si la medicina se ha hecho cada vez más técnica, más difícil y más costosa, y si necesita y exige el esfuerzo combinado del gobierno y del pueblo, del médico general, de los especialistas y de los auxiliares de la medicina, si exige para su desempeño la construcción de clínicas, hospitales o institutos, no se debe negar ese apoyo, ni regatear dinero para que los profesionales médicos puedan cumplir su misión, que no es otra que contribuir a formar un gran pueblo para un gran destino.

El problema financiero que plantea la construcción de una extensa red de asistencia médica en todo el país, es un problema secundario.

Si disponemos de todo el dinero que hace falta cuando nos ataca un enemigo exterior, si tenemos a nuestras órdenes todos los recursos del país contra cualquier posible agresión armada, si esas fuerzas están siempre alerta para ser movilizadas, ¿por qué no hemos de tener también la misma energía para atacar y defendernos de las enfermedades y de sus ejércitos innumerables de invisibles y mortíferos soldados? Si se piensa en las inmensas cantidades de dinero que se han invertido en la última guerra, se comprende cuán ridículas y pequeñas son las sumas que se piden para resolver esa guerra permanente y traidora, que nos está minando desde adentro y destruye, día por día, nuestros hogares y con ellos el potencial biológico de la patria.

(Del discurso pronunciado por el Secretario de Salud Pública, Prof. Dr. Ramón Carrillo, el 27 de diciembre de 1946, en la Primera Comida Anual de Camaradería del personal de dicha repartición).

INTRODUCCION

Este libro es la primera edición del plan analítico correspondiente a la Secretaría de Salud Pública y forma parte del plan de gobierno del Excmo. Señor Presidente de la Nación. Se trata de un desarrollo, más o menos pormenorizado, de las ideas que sobre la materia ha expuesto el general Perón en diversos discursos y circunstancias, y que tuvieron ya su primera expresión concreta en dos proyectos de ley, remitidos por el Poder Ejecutivo al H. Congreso de la Nación —contando, en estos momentos— al entrar este libro en prensa, con la sanción favorable del H. Senado. Dichos proyectos fueron publicados en el volumen donde se ha recopilado todo lo que el Excmo. Señor Presidente de la Nación llama el *Plan sintético de gobierno,* publicación dirigida por la Secretaría Técnica de la Presidencia y que ha tenido amplia difusión con el nombre de Plan Quinquenal. Este libro es, pues, la ampliación de aquél, es decir, se trata del Plan Quinquenal, en la rama de Salud Pública.

Los dos proyectos de ley a que nos hemos referido precedentemente, son: 1.°) el proyecto de «Bases del Código Sanitario y de Facultades del Organismo Sanitario de la Nación»; 2.°) proyecto sobre «Construcciones y Servicios Sanitarios». Ambos proyectos de ley contienen en germen las ideas básicas que fundamentan *el presente plan analítico de gobierno*; por eso consideramos que dichas leyes configuran por sí mismas un verdadero plan sintético, susceptible, a su vez, de los más amplios desarrollos. En este libro se trata de agotar, en lo posible, todas las derivaciones teóricas y prácticas de esas dos leyes, que podríamos llamar las dos leyes básicas de la Sanidad Nacional.

Este trabajo traduce un gran esfuerzo de la Secretaría de Salud Pública de la Nación. La tarea fué difícil, sobre todo, porque se trata de la instrumentación científica de un organismo creado con un nuevo sentido para afrontar con modernos puntos de vista los problemas de la salud y de la enfermedad. La Secretaría de Salud Pública formula el presente plan sanitario nacional con el propósito de disponer de un programa orgánico, metódico y ajustado a las necesidades mínimas del país, programa que nunca existió y que tendrá el mérito —a pesar de las deficiencias que podrían señalarse— de ser el primer plan oficial que se elabora en el país, tanto en ésta como en otras materias involucradas en

el plan de gobierno del general Perón. En nuestro país nunca existió un plan integral sobre Salud Pública, ni siquiera antecedentes para prepararlo, pues el organismo encargado de la sanidad nacional, hasta la revolución del 4 de junio, era una modesta organización burocrática, un simple departamento del Ministerio del Interior, sin jerarquía y sin posibilidades de acción.

Las memorias anuales de dicho departamento producen tristeza, porque sistemáticamente —en el curso de los años—, se limitan a consignar y a lamentarse por todo lo que debió hacerse y que, sin embargo, no se hacía.

El mérito de este trabajo reside, precisamente, en que es un plan, bueno o malo, pero coherente, que señala las urgencias del país y aquellas cosas que deben ejecutarse para llegar a soluciones satisfactorias. Todo estaba por hacerse, repetimos, y lo que hoy entregamos a la publicidad —por sugestión del Excmo. Señor Presidente de la Nación— es un primer boceto y una tentativa inicial por ahora bastante completa. Lo entregamos al conocimiento público —en especial de los médicos y de las cátedras universitarias— para su estudio y discusión, a la espera de la reciprocidad que supone la crítica constructiva, apolítica y exclusivamente técnica. Esperamos la colaboración espontánea, puesto que —no se nos escapa— muchos detalles del plan son perfectibles —y los perfeccionaremos sobre la marcha—, ya que el esquema sobre el cual ha sido estructurado, es decir, las los leyes básicas, tiene la flexibilidad suficiente como para permitir innovaciones, ampliaciones y mejoras de muchos capítulos y también la inclusión de otros servicios imprevistos.

En una segunda edición se subsanarían algunas deficiencias y se incorporará la parte ejecutiva del plan, es decir, el orden de prelación de las obras, que en esta edición apenas hemos esbozado, y la división del Plan Quinquenal en planes anuales y trimestrales.

De ese modo estaremos dentro del orden trazado por el Excmo. Señor Presidente, en lo que se refiere al método de elaboración de los planes parciales de cada Ministerio o Secretaría de Estado: 1.°) el plan sintético, condensado en las dos leyes básicas de la Sanidad Nacional; 2.°) el plan analítico, que es el que hoy presentamos; y 3.°) el plan de ejecución, que se entregará conjuntamente con la segunda edición de este libro. Para esa segunda edición esperamos la colaboración doctrinaria y práctica de la clase médica. Abrigamos la convicción de que si los universitarios no hacen suyos los principios contenidos en este trabajo —por lo menos de un modo general, aunque puedan discrepar en detalles de forma o de ejecución—, y si no toman como propios los elevados propósitos que lo inspiran, tendremos, dentro de cinco o diez años, una gravísima crisis médica, originada por la desorganiza-

ción de la profesión y de los servicios médicos, y que hoy sólo se traduce por algunos pequeños síntomas, a lo sumo una especie de malestar profesional, sin visión del fondo nacional y humano del problema, que supera las simples cuestiones gremiales. Si los médicos no se organizan al ritmo del país, quedarán a la zaga de otros gremios, más modestos —pero más unidos y progresistas— y que, por intuición, experiencia o necesidad han marchado a tono con el movimiento económico social, iniciado por el general Juan Perón. Si, en cambio, el gremio interviene y toma conocimiento sincero de los anhelos que nos animan, prestará un gran servicio al país y a la propia profesión; retomarán, quizás, las posiciones directivas que han perdido estos últimos años, por obra de la incomprensión y de las desviaciones de la mentalidad profesional, por la mala formación universitaria y el cerrado individualismo destructor del espíritu de cuerpo, ese espíritu de solidaridad que durante siglos engrandeció la profesión del médico, la más noble de todas por la naturaleza casi providencial de su tarea frente al dolor, la miseria y las angustias del hombre.

Para concretar mejor esta idea nos remitimos a la versión taquigráfica de las palabras que pronunció el entonces coronel Perón, en una asamblea de médicos, en la Secretaría de Trabajo y Previsión, realizada el 21 de junio de 1944.

«El problema médico en nuestro país, no es un problema parcial.

«Lo ocurrido aquí es que se ha tratado de resolver esos aspectos parciales, sin enfocar racionalmente el problema de conjunto. Es éste un mal latino y, particularmente, americano. Me recuerda un símil que siempre establezco en estas cuestiones. Es el caso del señor que cuida su jardín invadido por las hormigas. Todas las mañanas se levanta, y con una paleta en la mano, va tomando una a una las hormigas y las echa al fuego. Repite esa operación todas las mañanas, sin pensar que su tarea está más en el hormiguero que en las hormigas.

«Tal es el criterio con el cual se han abordado todos los problemas sanitarios en nuestro país, pese a todo cuanto se ha escrito, pensado, dicho, legislado y promulgado al respecto.

«El mundo evoluciona hacia nuevas formas. Los médicos, como elemento primordial de la sociedad humana, no pueden escapar a la evolución; y no me explico cómo es posible que las arcaicas formas en que se viene ejercitando una profesión indispensable para el Estado, cual es la medicina, conserven su primitivo ritmo. Porque, naturalmente, el espíritu de socialización terminará por no autorizar servicios que no sean, dentro de esa socialización, un perfecto engranaje que represente para la población una garantía, tanto en el aspecto cualitativo como en el cuantitativo.

«Es lógico que el problema médico se haga día a día más difícil en todas partes. Ya en los países más adelantados en este aspecto ha desaparecido, casi en su totalidad, el médico «franco-tirador».

«Hoy, los médicos pasan a ser funcionarios del Estado, y la explicación que en estas grandes naciones se da a tal propósito, es muy simple.

«El médico tiene, ante sí, dos problemas: la ciencia y su propia vida. Generalmente, se considera en esos países, que quien tenga que dedicarse a su propia vida, lo hará en perjuicio de su ciencia, y que quien tenga que dedicarse a su ciencia, lo hará en perjuicio de su propia vida. En consecuencia, no podemos aspirar a que todos los médicos sacrifiquen su vida en aras de su ciencia, pues, no es teóricamente aceptable que puedan hacerlo todos. Por eso, para mí lo más moderno en este orden de ideas es que el Estado llegue a tener al «médico funcionario», solucionándole el aspecto de la subsistencia para que pueda dedicar su vida a la ciencia.

«Es indudable que pueden existir algunos reparos. Hay quienes afirman que el médico, sujeto a un estipendio, pierde el interés de su perfeccionamiento y se dedica a ser un empleado de la profesión, en lugar de ser un profesional. Yo sé que esto puede combatirse con éxito, con una moral profesional que el mismo gremio esté encargado de mantener, mediante la creación de Tribunales de Honor o Tribunales Profesionales, que descalifiquen a la persona que descienda a tal grado de decrepitud moral.

«Siendo el problema complejo, creo que debemos encararlo por etapas. Pero me parece que el objeto final a alcanzar, será una ley orgánica que permita ir acondicionando a la mayoría de los médicos del país; porque el Estado debe tener en cuenta, por sobre todas las cosas, un hecho del cual deriva toda la deficiencia de nuestra asistencia social: mientras en Buenos Aires y los demás grandes centros poblados, los médicos experimentan escasez de enfermos, en el 70 % del territorio nacional, la mitad de las personas mueren sin atención médica. Esto es para el Estado un problema fundamental; y pensamos que todo ha de resolverse alrededor de ese aspecto general. Los demás aspectos serán siempre colaterales. Nosotros vemos la solución del problema, y no creo que sea difícil alcanzarla».

El señor Presidente ha venido repitiendo, desde entonces, estos conceptos generales y, en el mismo año 1944, insiste sobre el tema, en una asamblea de practicantes, con las siguientes palabras:

«Entiendo que si la previsión social ha de dirigirse al cuidado del país en su aspecto integral, el primer elemento a considerar es el hombre. El Estado está en la obligación de atender, en primer término, a sus propias necesidades, y dentro de ellas, a las

de su población, que constituye el elemento vital. En ese sentido, no ha escapado a nuestra percepción que mientras en los grandes centros urbanos sobran médicos, en un 70 % de la extensión de nuestro territorio mueren las personas sin asistencia médica. De ahí que el problema fundamental, desde el punto de vista de la previsión social, en la asistencia médica, sea la redistribución de los profesionales en el país.

«Otros aspectos colaterales presenta este mismo problema; y entre ellos, el del proletariado profesional que un Estado como el nuestro, de catorce millones de habitantes y casi tres millones de kilómetros cuadrados, no admite racionalmente en forma alguna. En tal sentido, pensamos que la profesión médica debe comenzar en nuestro país a transformarse paulatinamente en una profesión racionalizada por el Estado, de modo que el profesional vaya evolucionando hacia el médico funcionario por excelencia».

Todas estas viejas preocupaciones del actual presidente de la Nación por la sanidad nacional y por el problema médico, lo llevaron a la creación de la Secretaría de Salud Pública con categoría de Ministerio. Los primeros decretos, emanados de dicha Secretaría, tienden a la reorganización de las profesiones médicas, en cumplimiento de una promesa y de una política que ya esbozó tan gráficamente el coronel Perón, en el año 1944. El Plan Quinquenal, la creación y reconstrucción de la sanidad nacional, se integra con ideas del Excmo. Señor Presidente, que han tomado, con los años, una forma precisa y bien definida, a través de las interpretaciones de sus colaboradores técnicos.

Para aquellos temas que pueden ser mejorados, se recibirán las sugestiones que deseen remitirse a la Secretaría de Salud Pública (Secretaría del Plan Quinquenal), donde serán estudiadas por el personal de la misma, a los efectos de su utilización posterior. Aspiramos a que, de ese modo, el Plan Quinquenal de Salud Pública sea una obra de todos los médicos, odontólogos, farmacéuticos y demás profesionales de las ramas auxiliares de la medicina, y no de un grupo de técnicos —y menos de una sola persona—, pues la ejecución de dicho plan requerirá también el esfuerzo, el sacrificio y el trabajo entusiasta de los médicos —que siempre han sido altruístas y generosos— en la lucha contra el enemigo común, que es la enfermedad y que ahora lo serán más, cuando se trata —nada menos— que de preservar esa gran riqueza de la patria que es la salud de su pueblo. Si ello no ocurriera, habríamos olvidado la tradición secular que desde Hipócrates nos manda cumplir —como hombres y como médicos— con ese deber superior de altruísmo y de humanidad, y como argentinos, no olvidar, también, que el país —el interior

sobre todo— necesita de nosotros, puesto que el territorio nacional no termina en la Avenida General Paz, sino en los confines, remotos, pobres, olvidados y despoblados por la miseria y las plagas, donde, sin embargo, se gestaron las epopeyas y se trabaja por la grandeza de la Nación.

RAMÓN CARRILLO.
Secretario de Salud Pública de la Nación.

CAPITULO I

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA SANIDAD NACIONAL HASTA LA CREACION DE LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA

La evolución histórica de la organización sanitaria revela, en nuestro país, que aquélla no ha experimentado, a través del tiempo, todos los progresos que era dable prever si se los compara con las conquistas que paralelamente han realizado instituciones de diverso orden, pertenecientes también al Estado. Sólo en los dos últimos decenios se ha contemplado la importancia de la sanidad nacional en su verdadera magnitud y, por imperio de leyes sancionadas, se le asignan nuevas funciones y se le incorporan servicios técnicos al organismo competente. Con ello, si bien se perfecciona su estructura y mejora su eficiencia en la tutela de la salud pública, no se logra, empero, otorgarle el poder y la jerarquía que reclama urgente e impostergablemente el crecimiento económico y social de la Nación, para una institución más que sexagenaria, como el ex Departamento Nacional de Higiene.

Acaso una incomprensión de los poderes públicos por los problemas de la salud colectiva y asistencia social o, tal vez, una falta de decisión para encararlos sin dilaciones, hayan conspirado para que, todavía en los últimos tiempos, la sanidad nacional no pudiera encontrarse en condiciones de gozar de la autoridad que le exige el ejercicio del poder de policía sanitaria y carezca de las facultades para extender su esfera de acción, fuera de una jurisdicción limitada y estrecha y en todo cuanto se relacione con los intereses sanitarios del país. Recuérdese, por otra parte, que el supremo comando sanitario del Estado nunca ha dispuesto de los suficientes recursos para atender los múltiples y complejos problemas que le incumben, en el vasto territorio de la República. Los fondos destinados en los presupuestos para la salud pública y asistencia social siempre fueron exiguos para que nuestra organización sanitaria alcanzase sus objetivos, motivando ello que, sin exageración, se la considerara, más de una vez, la cenicienta de la Administración Nacional.

Felizmente, con la revolución del 4 de junio se ha iniciado un período de reconstrucción de las instituciones, enfocándose la salud del pueblo argentino con toda decisión y con la mira puesta en la grandeza de la patria. En la actualidad, frente a la necesidad de acrecentarle su autoridad y de llevarla al rango que ocupan la higiene y la medicina social, la institución sanitaria nacional ha sido elevada a la categoría de Secretaría de Estado, organismo que cumplirá con sus finalidades sin ninguna clase de restricciones. Se abre, pues, una nueva era en política sanitaria.

Historia de Nuestras Instituciones Sanitarias

A fin de encarar ordenada y cronológicamente la historia de las instituciones sanitarias de la Nación, conviene dividirla en cuatro períodos:

1.° Período de 1778 - 1822: Tribunal del Protomedicato.

2.° Período de 1822-1880: *a)* Tribunal de Medicina; *b)* Consejo de Higiene Pública.

3.° Período de 1880-1943: Departamento Nacional de Higiene.

4.° Período de 1943 hasta la actualidad: a) Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social; *b)* Dirección Nacional de Salud Pública; *c)* Secretaría de Salud Pública de la Nación.

Para la elaboración de esta reseña histórica han servido de fuentes de información, entre otros elementos, principalmente la Guía Oficial del Departamento Nacional de Higiene del año 1913, la Recopilación de Leyes, Reglamentaciones, Decretos y Resoluciones (hasta el 31 de Diciembre de 1943) realizada por la Dirección Nacional de Salud Pública en 1945, los Diarios de Sesiones de las Cámaras de Diputados y Senadores y los órganos de publicidad oficiales y circulares de la Repartición.

I

PERÍODO 1778 - 1822

Según los antecedentes históricos, nuestra organización sanitaria nacional tiene sus albores en la época colonial durante el virreinato de don Juan José de Vértiz. Durante su mandato, de 1778 a 1784, se creó el Tribunal del Protomedicato de Buenos Aires, dotado de un carácter y con facultades tales que, como bien se ha sostenido, puede considerarse como el primer consejo de higiene en esta parte de Sud América. El mencionado organismo quedó constituído el 17 de agosto de 1780, bajo la presidencia del doctor Miguel de Gorman, con el título de Protomédico, quien designa un cuerpo de médicos examinadores de Medicina, Ciru-

gía, Farmacia y Flebotomía. Estos tribunales tenían poderes y facultades conferidos por la Real Orden de los reyes Fernando e Isabel (1477) que los creó y los erigía en organismos encargados de otorgar los títulos y fiscalizar el ejercicio en todas las ramas del arte de curar, así como de la vigilancia y tutela de la salud pública.

Si bien al comienzo su jurisdicción se ejercitaba sobre todos los reinos y señoríos de la corona, dependiendo el organismo exclusivamente del rey, con posterioridad, la práctica hizo adoptar el establecimiento de un tribunal propio para cada señorío, con tenientes de protomédicos, delegados en cada población importante. Fué así que en los primeros tiempos del coloniaje, el tribunal tenía su asiento en Lima, capital del antiguo virreinato del Perú, hasta que al crearse el del Río de la Plata, el virrey Vértiz, considerando que el precitado tribunal no podía entender en cuestiones médicas ni legislar para Buenos Aires, cuyas necesidades ignoraba, creó el Protomedicato propio de esta ciudad.

Las primeras medidas profilácticas, que con firmeza puso en práctica el Real Protomedicato de Buenos Aires, procuraron luchar, especialmente, contra las tres enfermedades que a la sazón diezmaban más al pueblo: la viruela, la tuberculosis y la lepra. A ese efecto impuso a los médicos la denuncia obligatoria de las enfermedades contagiosas y adoptó la variolización, primero, y luego, desde 1805 (el virrey Sobremonte crea el primer conservatorio de vacuna) la vacunación jenneriana contra la viruela, la incineración y enterramiento de ropas y enseres, renovación de habitaciones y su desinfección por métodos empíricos de la época, la profilaxis de la tuberculosis; en fin, el aislamiento institucional de los enfermos de lepra.

Corresponde al virrey Vértiz y a su Intendente de gobierno, don Francisco de Paula Sánz, el mérito de haber sido los primeros en enfocar la higienización edilicia de la ciudad de Buenos Aires, de sanear el territorio de su asiento para purificar el ambiente y combatir las causas morbígenas que concurren a la eclosión de las epidemias anuales que diezman a sus habitantes. A tal fin, en 1784, promulgóse la ordenanza para mejorar sus condiciones edilicias y, posteriormente, se dictaron disposiciones tales como la prohibición de arrojar inmundicias, animales muertos y aguas servidas a la calle.

Cabe señalar que la organización higiénica y profiláctica se circunscribió al radio de la ciudad, ya que el tránsito y tráfico exterior no configuraban mayor peligro de invasión para las epidemias exóticas.

II

PERÍODO 1822 - 1880

Transcurridas las luchas posteriores a la declaración de nuestra independencia y afianzada la naciente soberanía nacional, durante el gobierno del general Martín Rodríguez y siendo Ministro de Gobierno don Bernardino Rivadavia, por decreto del 11 de febrero de 1822, se creó el Tribunal de Medicina, en el cual se incorporó el Protomedicato que había ejercido hasta esa fecha sus funciones. Los deberes y atribuciones de aquella nueva autoridad sanitaria fueron ampliados de acuerdo con las adquisiciones y progresos científicos y las necesidades de la Nación, instituyéndose los servicios de sanidad marítima y de profilaxis interna del país, que con el servicio de salubridad del municipio constituyeron, por largo tiempo, la base de la organización funcional de la sanidad nacional, hasta el establecimiento de nuestro régimen federal de gobierno.

Se facultó al Tribunal de Medicina para dictar y aplicar las medidas profilácticas contra las enfermedades infecto-contagiosas; asesorar a la justicia por medio de pericias y de informes médico-legales; fiscalizar la higiene en general; vigilar el ejercicio de las profesiones del arte de curar y la enseñanza de la farmacia. Además, el decreto orgánico se refería a los médicos de policía, de sección, de los hospitales de campaña y del puerto y a la administración de vacuna. Para la inmunización antivariólica, Rivadavia dictó varios decretos: con el de marzo de 1823 declaró, terminante, la obligación de vacunarse para todos los alumnos de las escuelas públicas, y con el de abril de 1826 trató de extender la vacunación a too el país por medio de la invitación del gobierno de Buenos Aires a las demás provincias para que fundaran dispensarios de vacuna.

Una Junta de Sanidad, que tuvo a su cargo la sanidad marítima y el Tribunal de Medicina, cuya acción alcanzaba la profilaxis interna, fueron los órganos que se ocuparon de la defensa contra la importación de epidemias y contra los estragos de las endemias regionales del país.

En 1831, 1836 y 1848, con motivo de la invasión del cólera, se reglamentan las primeras cuarentenas y se señala para instalar el lazareto la isla de Martín García.

El 29 de octubre de 1852, el Tribunal de Medicina es dividido dando lugar a dos organismos: por una parte, a la Facultad y Academia de Medicina, y, por otro lado, al Consejo de Higiene Pública. La primera institución se encargó de la enseñanza de las ciencias médicas, la policía médica y todo lo que correspondía a la antigua «escuela de medicina» que actuaba desde 1822.

Fueron deberes y atribuciones del Consejo de Higiene Pública todos los referentes a las sanidades marítima e interna, la profilaxis de la viruela y otras enfermedades infecto-contagiosas, la vigilancia del ejercicio de la medicina y la farmacia, la visita y policía sanitaria, la salubridad de los puertos, etc.

Como resultado de la organización de la Municipalidad de Buenos Aires en 1856, ésta asume, al año siguiente, la administración sanitaria dentro del territorio de su jurisdicción. Por su parte, el Consejo de Higiene Pública continuó con el carácter de institución provincial y nacional, pues la provincia de Buenos Aires representaba a la República en sus relaciones exteriores hasta la federalización de la Capital. Desde esa fecha, el Departamento Nacional de Higiene, que fuera creado en 1880, lo sustituyó definitivamente.

III

PERÍODO 1880 - 1943

La organización sanitaria preexistente fué modificada en consonancia con las necesidades crecientes de la población, por el sistema federal de gobierno y por los progresos de la ciencia En 1880, con la federalización de la ciudad de Buenos Aires, surgió la necesidad imperiosa de dotarla de una administración sanitaria propia, que deriva de su designación como Capital de la República. El Congreso, al sancionar el Presupuesto el año 1880, incluyó un renglón bajo el rubro «Departamento de Higiene», que quedó así constituído sobre la base de la Junta Provisoria de Higiene que fuera creada, a su vez, por decreto dictado el 27 de febrero de ese mismo año y que refundió a la Junta de Sanidad establecida el 7 de noviembre de 1879. Siendo presidente de la República el general don Julio A. Roca, se dictó, con fecha 31 de diciembre de 1880, en acuerdo general de ministros, un decreto reglamentario para el Departamento Nacional de Higiene, que determinó su organización y atribuciones. En su parte dispositiva, los tres primeros artículos establecen las autoridades y personal, y en los artículos 4º., 5º., 6º. y 7º., cuyo texto es el siguiente, sus facultades:

«Art. 4º. — El Departamento General de Higiene tendrá a « su cargo todo cuanto se relacione con la salud en las diversas « reparticiones de la Administración Nacional: por consiguiente, « sus deberes y atribuciones son: 1º. Proponer la reglamenta- « ción y la organización del cuerpo médico del ejército y de la «armada o las reformas que crea convenientes en las disposicio- « nes vigentes. 2º. Proyectar las medidas sanitarias para los « puertos o las modificaciones que considere necesario introducir « en las existentes. 3º. Someter a la aprobación del Gobierno me-

« didas de carácter permanente o transitorio, que tengan rela-
« ción con el mantenimiento de la higiene en el ejército y arma-
« da, las reparticiones todas de la Administración y en los edifi-
« cios nacionales. 4°. Tener bajo su jurisdicción y superinten-
« dencia todos los servicios de carácter médico o sanitario de la
« Administración y proveer a su mantenimiento y reforma. 5°. In-
« formar a las autoridades nacionales en casos de consulta en ca-
« rácter de perito obligado a los jueces en los juicios médico-
« legales. 6°. Vigilar el ejercicio legal de la medicina, de la far-
« macia y demás ramos del arte de curar, con arreglo a las dis-
« posiciones vigentes de la Provincia de Buenos Aires, hasta que
« el Congreso dicte la ley que rija esta materia para la Capital.
« 7°. Inspeccionar la vacuna y fomentar su propagación en toda
« la República, en el ejército y en la armada. 8°. Avaluar hono-
« rarios en los ramos del arte de curar, en los casos de discon-
« formidad o de consulta. 9°. Inspeccionar las droguerías y far-
« macias. 10°. Hacer indicaciones a la Municipalidad sobre las
« faltas de higiene pública que se observen en la ciudad o en
« los establecimientos de su dependencia. 11°. Inspeccionar cuan-
« do sea solicitado, lo crea conveniente o haya denuncia, aquellos
« establecimientos de la industria que puedan dañar a la salud
« pública. 12°. Aconsejar a la autoridad los medios de mejorar
« la higiene pública en la Capital y las medidas profilácticas
« contra las enfermedades exóticas, endémicas, epidémicas o trans-
« misibles. 13°. Hacer cumplir todas las disposiciones sobre sani-
« dad en las diversas reparticiones de la Administración. Final-
« mente, ejerce todas las atribuciones conferidas por disposiciones
« anteriores a la extinguida Junta de Sanidad.

«Art. 5°. — El Departamento se dará su reglamento inter-
« no, sometiéndolo antes a la aprobación del Gobierno.

«Art. 6°. — El Departamento podrá establecer subcomisio-
« nes de higiene en las ciudades de Rosario y Paraná y en las ca-
«pitales de provincia, debiendo formar parte de éstas los profe-
« sores de higiene y química de los colegios nacionales.

«Art. 7°. — Podrá, asimismo, establecer relaciones con los
« funcionarios nacionales de la Provincia, a objeto de recoger ele-
« mentos para la estadística higiénica y sanitaria de la República
« u otros objetos relacionados con sus atribuciones y deberes».

Como puede observarse, varias atribuciones conferidas por el decreto de Rivadavia para el Tribunal de Medicina, se conservan en el Departamento Nacional de Higiene con las modificaciones y agregados que fué necesario introducir. Del análisis de la letra del decreto cuyos artículos acaban de transcribirse, se deduce que, en su espíritu, fué evidente la necesidad de centralizar los problemas vinculados con la salud pública, fuere cual fuere el lugar del territorio de la República donde hubieran de aplicarse o ejecutarse las disposiciones de la autoridad sanitaria nacional.

En la práctica, la Capital Federal y las provincias escapan a la jurisdicción del Departamento Nacional de Higiene en épocas de normalidad sanitaria desempeña éste el papel exclusivo de asesor de los gobiernos provinciales y comunales. En tiempo de epidemias, es únicamente cuando su poder de superintendencia se hace efectivo. El principio de peligro público o colectivo contribuye a extender sus atribuciones.

Desde su creación, ejerció la presidencia del Departamento Nacional de Higiene el doctor Pedro A. Pardo.

Con fecha 6 de marzo de 1882, el Poder Ejecutivo dicta un decreto organizando el Departamento y el 11 del mismo mes se aprueba su Reglamento Interno.

El 13 de agosto de 1884 se crea, con independencia del precitado organismo, la Junta Central de Lazaretos, que queda constituída el 21 de agosto de 1884 y parece centralizar y absorber toda la acción de la Sanidad Nacional.

Volvió pues, a dividirse la organización sanitaria, asignándose a ambas reparticiones funciones complementarias: el Departamento Nacional de Higiene queda encargado de la visita sanitaria y de «todos los servicios de carácter médico y sanitario», excepción hecha de los lazaretos, que es función de la Junta, la cual queda sometida a una relativa superintendencia de aquél.

Frente al grave problema sanitario de la amenaza del cólera desde Europa, con barcos repletos de inmigrantes, a bordo de los cuales el hacinamiento y la falta de higiene hacían estragos, el país no disponía de medios de defensa sanitaria. La Junta, inmediatamente después de constituída, encara su solucin e instala un campamento sanitario en la isla de Martín García, que resultó insuficiente para la cuarentena de los pasajeros sospechosos.

Al cólera reinante en Europa, se asocia la fiebre amarilla, que adquiere gran intensidad en Río de Janeiro. Se disponen medidas de cuarentena, cada vez más severas y prolongadas, siendo el territorio de la mencionada isla insuficiente para albergar a la población aislada. Para contemplar esto se adquiere y habilita, como hospital flotante, el vapor General Villegas, con capacidad de doce camas, que permanece fondeado en la rada de cuarentena. Asimismo, se practica la desinfección con estufas y otros aparatos adecuados.

En enero de 1886, el Departamento Nacional de Higiene celebra un acuerdo sanitario con la sanidad uruguaya, para coordinar y uniformar el tratamiento sanitario a imponerse a las procedencias del Brasil, donde en esos momentos recrudecía, en forma alarmante, la fiebre amarilla. Se dispuso que hicieran cuarentena en Martín García los pasajeros de barcos que hacían escala en puertos brasileños. Durante ese año 1886, la labor en el Lazareto de Martín García y en el hospital flotante General Villegas, fué abrumadora. Aparte del hacinamiento de personas,

en condiciones higiénicas defectuosas, existía el problema de las asociaciones de enfermedades infecciosas, de viruela y fiebre tifoidea, entre otras. No obstante las medidas dispuestas, el cólera se introduce en nuestro país a fines de octubre de 1886. Para la prevención de la enfermedad, el Departamento impone cuarentenas por 8 días a las procedencias de puertos fluviales del litoral argentino, donde el cólera ocasionaba muchas víctimas. Por decreto del Poder Ejecutivo, de noviembre de 1886, se encarga de la defensa sanitaria de la Capital Federal a la Dirección de la Asistencia Pública, que deberá adoptar las medidas, dentro del municipio, destinadas a preservarlo de la invasión de cualquier enfermedad epidémica, teniendo como cuerpo consultor al Departamento Nacional de Higiene en todas aquellas resoluciones que requieran asesoramientos técnicos.

A mediados de 1887, el doctor Juan Bautista Gil sustituyó en la presidencia de la repartición al doctor Pardo. El cólera se había extendido a casi toda América del Sur, así como en nuestro país, adoptándose medidas cuarentenarias en la zona fronteriza y estableciéndose estaciones sanitarias en puntos estratégicos cordilleranos y vigilancia sanitaria de los ferrocarriles. No obstante la inspección sanitaria de barcos desde los puertos del exterior, continuaron las medidas cuarentenarias para las procedencias europeas del Mediterráneo, así como para las de Río de Janeiro, donde había fiebre amarilla.

Con fecha 25 de noviembre de 1887, celebróse la primera convención sanitaria internacional entre la República Argentina, la República Oriental del Uruguay y el Imperio del Brasil, por la cual, previa declaración de enfermedades pestilenciales exóticas o la fiebre amarilla, cólera morbus y peste oriental (beriberi para la República Argentina); de puertos infectados y sospechosos; de navíos infectados y sospechosos; de objetos sospechosos o susceptibles de retener o trasmitir contagios, se conviene en que la declaración de infectado o sospechoso, aplicada a un puerto, será hecha por cada gobierno, en su caso, y oficialmente publicada. Además, los gobiernos de las tres Altas Partes contratantes se comprometen a instalar los respectivos servicios sanitarios, para cumplir y hacer cumplir lo que en la convención se estipula sobre lazaretos, fijos y flotantes; hospitales flotantes; cuarentenas y otras medidas sanitarias en puertos y navíos; documentos sanitarios (patentes de sanidad, billete sanitario); cuerpo de inspectores sanitarios de navío.
La inspección sanitaria de navíos, por médicos funcionarios encargados de fiscalizar a bordo los barcos, fué una medida que se continuó aplicando y siempre fué aceptada por las compañías de navegación y por las naciones extranjeras como un beneficio, puesto que, por ese medio, se evitaban las molestias y

los gastos de cuarentenas,, en tanto que para el país representaba una garantía sanitaria.

La Junta Central de Lazaretos realizaba, por su parte, una actividad concomitante y paralela con el Departamento, hasta que, en abril de 1888, se fusionan ambos bajo la denominación de Departamento Nacional de Higiene, el cual recupera toda su autoridad, al mismo tiempo que los servicios ganan en eficiencia. El estado sanitario general del país se modificó favorablemente desde 1888, coincidentemente con aquel del exterior, por cuya razón las medidas profilácticas se atenuaron hasta abandonarlas en ciertos lugares.

El 1°. de diciembre de 1889, el Poder Ejecutivo expidió un decreto autorizando al Departamento Nacional de Higiene a dictar las medidas necesarias para preservar la salud pública, reglamentado la Convención de Río de Janeiro el servicio sanitario marítimo y fluvial y la entrada a puertos.

Con fecha 10 de febrero de 1890, tuvo lugar una conferencia internacional con asistencia de delegados de la Argentina, Brasil y Uruguay, resolviendo: 1°., que como tratamiento de los barcos que lleguen a puertos de los tres países, habiendo tenido repetidos casos de enfermedades contagiosas comunes, corresponde la desinfección de ropas y equipajes de los pasajeros, así como de la carga contaminada y el aislamiento de los enfermos, poniéndose en libre plática al buque; 2°., que debe considerarse el beriberi como una enfermedad desconocida aún, exótica en las repúblicas del Uruguay y Argentina y endémica en el Brasil y que, desconociéndose la duración del período de incubación para fundar en él el tiempo de la cuarentena, debía limitarse el tratamiento al indicado para las enfermedades contagiosas comunes; 3°., que los médicos inspectores de navío debían designarse por concurso y dejarse sin efecto los nombramientos hechos sin ese requisito; 4°., para la desinfección se determinaron los agentes que deberán usarse en las operaciones de saneamiento.

Por decreto del Poder Ejecutivo de fecha 18 de octubre de 1890, se acepta la renuncia presentada por el doctor Gil, de su cargo de presidente del Departamento Nacional de Higiene y se nombra para reemplazarlo al doctor Guillermo Udaondo, que continúa en su mandato hasta 1892.

El 14 de noviembre del mismo año, el gobierno paraguayo comunica su adhesión a la Convención de Río de Janeiro.

Con el objeto de distribuir el trabajo, se resuelve la creación en el Departamento Nacional de Higiene de seis comisiones: 1°., Higiene; 2°., Medicina legal y ejercicio de la medicina, obstetricia, flebotomía, etc.; 3°., Química y Farmacia y ejercicio de las mismas; 4°., Medicina administrativa; 5°., Administración sanitaria, y 6°., Veterinaria. Según lo declaró el Departamento,

la reglamentación a que ajustarían sus funciones esas comisiones, encerraba un verdadero concepto de ley orgánica.

Entre otros asuntos de interés para la sanidad nacional, durante el año 1890, el Departamento Nacional de Higiene resolvió dictar una ordenanza, reglamentando el ejercicio de la medicina y ramas conexas; elevó al Poder Ejecutivo un proyecto creando el Conservatorio Nacional de Vacuna, que fué más tarde convertido en ley por el Congreso.

El segundo decenio de existencia del Departamento (1891 a 1900), fué fructífero en disposiciones sanitarias. En 1891 se combate el charlatanismo médico y el curanderismo, substanciándose procesos y aplicándose penalidades por ejercicio ilegal de la medicina; se mejora el rendimiento del Conservatorio Nacional de Vacuna y, para extender la vacunación obligatoria en toda la República, se eleva al Poder Ejecutivo un proyecto de ley; se autoriza la aplicación de la linfa de Koch (tuberculina) como agente terapéutico para tratar la tuberculosis; se dicta una ordenanza reglamentando las regencias en las farmacias de la Capital; se pone en vigencia una reglamentación fijando normas a los médicos para extender sus recetas, y obligaciones al farmacéutico para las mismas; se dictan medidas profilácticas contra la fiebre tifoidea, que toma incremento en la Capital y, por vía de superintendencia, se las sugiere a la Asistencia Pública; se aprueba por el Consejo de Higiene la Farmacopea Argentina, etc.

El 3 de octubre de 1891, el H. Congreso Nacional sanciona la Ley Orgánica del Departamento Nacional de Higiene, cuyo texto corre a continuación:

«Buenos Aires, octubre 3 de 1891.

«Por cuanto:

«El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, re« unidos en Congreso, etc., sancionan con fuerza de ley:

«Artículo 1º. — El Departamento Nacional de Higiene queda cons«tituído por un presidente, el número de vocales que determine la ley « del presupuesto general y los miembros honorarios que designe el P. E.

«Art. 2º. — Tiene a su cargo el estudio de las cuestiones relativas « a la higiene y salud pública, y es el encargado de proponer al P. E. « las medidas conducentes para su salvaguardia, y de proceder a las «investigaciones científicas o administrativas que favorezcan los pro« pósitos de la institución.

«Art. 3º. — Tiene también a su cargo la inspección sanitaria de los « puertos de la República, la dirección y administración de los lazare« tos y las instalaciones determinadas por la Convención Sanitaria, así «como la vigilancia del ejercicio de la medicina y farmacia, de acuerdo «con la ley de la Provincia de Buenos Aires, fecha 18 de julio de 1887, « que queda en vigor en los territorios nacionales, hasta tanto se san« cione el Código Sanitario Internacional.

«Art. 4°. — Es el asesor legal del P. E., de sus dependencias y de «los gobiernos de la provincia que lo requieran, en todos aquellos asun- «tos indicados en los artículos anteriores.

«Art. 5°. — El Departamento Nacional de Higiene proyectará un «reglamento de acuerdo con la presente ley, que someterá a la aproba- «ción del P. E.

«Art. 6.° — Comuníquese al P. E.

«Por tanto:

«Téngase por Ley de la Nación, publíquese, insértese en el Regis- «tro Nacional y comuníquese.

PELLEGRINI
José V. Zapata .

La precedente ley fué sancionada a los once años de creado el Departamento, cuyas atribuciones hasta entonces, se le habían conferido por la reglamentación. Esa ley redujo las excesivas facultades que tenía el organismo y que le hacían intervenir en la sanidad del ejército y de la armada, le quitaba la tutela de la Prefectura de Puertos en las cuestiones relativas a la sanidad marítima y le daba carácter de institución nacional con cierta autonomía, aunque no precisa claramente. Tal es así que, aun en el ejercicio de facultades esenciales y privativas de la suprema autoridad sanitaria nacional, su sugerencia es sólo parcial y se ve coartada por un sinnúmero de dificultades y conflictos con otras instituciones de gobierno. Sólo y por imperio de las ulteriores leyes especiales, su acción es más amplia en la lucha contra las epidemias y endemias y otras enfermedades sociales.

En noviembre de 1891, el H. Congreso Nacional sanciona la ley de defensa sanitaria de los ríos internos de la República, por la cual se prohibe arrojar en ellos las aguas cloacales de la población y los residuos nocivos de los establecimientos industriales.

Con motivo de la amenaza de fiebre amarilla, importada del Brasil, y de la aparición de casos a fines de 1891 y durante 1892, en el país, se adoptan medidas cuarentenarias, produciéndose rozamientos con las autoridades de los países vecinos, por la interpretación de las cláusulas contenidas en la Convención Internacional y la aplicación de las medidas sanitarias, hasta el punto de tener que intervenir la diplomacia.

En 1892, la actividad del Departamento fué prácticamente absorbida en la prevención y lucha contra la fiebre amarilla. Presentada la renuncia a la presidencia por el Dr. Udaondo y aceptada el 22 de marzo, fué designado para substituirlo el doctor José María Ramos Mejía.

Con fecha 8 de octubre del mismo año, el Poder Ejecutivo expidió un decreto autorizando a la presidencia del Departamento

para reglamentar las funciones de la repartición y las del Consejo, al cual el reglamento anterior le otorgaba funciones no sólo deliberativas sino también ejecutivas.

Los principios fundamentales para el estudio y redacción del reglamento, aprobados por el Gobierno, fueron los siguientes:

«1º. — El Departamento Nacional de Higiene, que representa el más «alto cuerpo sanitario del país, está constituído por dos grandes ramas, «la una ejecutiva y la otra científica.

«2º. — El presidente del Departamento Nacional de Higiene repre«senta la más alta autoridad sanitaria de la República, correspondiéndole «por lo tanto la dirección técnica y administrativa de la institución a «su cargo.

«3º. — El Consejo Consultivo, que constituye la rama científica del «cuerpo y que está formada por los miembros vocales activos y honorarios «conservará su autonomía en la rama académica y estará representada por «altos empleados peritos, dependientes del presidente.

«4º. — Al presidente corresponde elevar las ternas de vocales hono«rarios, para que el Excelentísimo Gobierno haga la designación entre «los ternados.

«5.º y último. — En virtud de las mismas anteriores conclusiones, el «presidente del Departamento se entenderá directamente con el Poder «Ejecutivo en todos los asuntos de la institución, correspondiéndole to«das las atribuciones y las responsabilidades que le son propias como «jefe superior de la repartición».

El proyecto de reglamentación, preparado sobre esas bases, y que circunscribía las facultades del Consejo a las de un cuerpo únicamente deliberativo, representando la presidencia y altos funcionarios de la repartición la rama ejecutiva, fué igualmente aprobado por el Poder Ejecutivo.

Durante los seis años en que ejerció la presidencia el doctor Ramos Mejía (1892-1897) fué constante el peligro respecto a la fiebre amarilla, siendo de probada eficacia los medios profilácticos puestos en juego, pues, no obstante los numerosos barcos que llegaban con casos a bordo, sólo una vez, en 1896, se produjo un brote epidémico pequeño en Belgrano, que fué rápidamente extinguido. Cabe señalar que una de las principales medidas adoptadas fué la creación de inspectores sanitarios de navíos.

El 1 de setiembre de 1892, se crea la Inspección Sanitaria del Puerto, encargada de la higiene y vigilancia sanitaria del Puerto de la Capital. En 1904, se incorpora a esa inspección la Oficina de Saneamiento. Los servicios asignados a esta sección fueron los siguientes: saneamiento del puerto, inspección de los barcos, desinfección, servicio de letrinas y de aguas corrientes, recolección de basuras.

Durante la administración de Ramos Mejía, se refeccionó y mejoró la dotación del Lazareto de Martín García y se creó el lazareto flotante llamado Hospital Rodolfo del Viso, utilizado como hospital sucio y de observación.

En cuestión de política sanitaria internacional, Brasil denuncia la Convención Internacional de 1887, con lo cual deja a los países signatarios sumidos en una verdadera anarquía en cuestión de sanidad marítima, que perjudicó seriamente al tránsito y tráfico.

Para salvar los inconvenientes apuntados, el Departamento celebró varios tratados parciales o «modus vivendi» con los países limítrofes.

Gracias a la mayor producción de linfa y mayor distribución de placas por el Conservatorio Nacional de Vacuna, se pudo llevar a cabo una verdadera campaña sistemática e intensiva de inmunización contra la viruela en la Capital Federal, que se inició en 1893, dando resultados excelentes. Durante 1892, en todo el país, la viruela hizo estragos, especialmente en Salta, La Rioja, Tucumán y Santiago del Estero, en cuya ayuda acudió el Departamento enviando personal y elementos.

En mayo de 1892 se crea el Instituto Nacional de Higiene, constituído por tres secciones: Higiene General (encargado de la geografía médica del país, estadística, estudio de la marcha de las epidemias, publicación de anales, etc.); Química (análisis de drogas y productos farmacéuticos, aguas minerales y potables, aire y suero, investigaciones toxicológicas de alimentos, bebidas y judiciales, etc.); Bacteriología (estudio biológico de las aguas, bacteriológico de ellas, del aire y de alimentos, preparación de vacunas, etc.). En 1895 se anexa una sección de sueroterapia al precitado Instituto (preparación de diversos sueros preventivos y curativos, entre ellos el antidiftérico).

En abril de 1892, el Consejo designó una Comisión para redacción de un proyecto de «Codex Medicamentarius Argentino» que fué aprobado por el Honorable Congreso el 27 de noviembre de 1893, haciéndolo obligatorio para todas las farmacias del país.

Hacia fines de 1894, la República fué invadida por el cólera asiático, extendiéndose en las provincias de Buenos Aires y del litoral, con algunos casos diseminados en la Capital Federal, suponiéndose que el origen fué la epidemia reinante en Lisboa. Se adoptan las medidas profilácticas del caso, con la intervención del Departamento en las provincias de Santa Fe, Corrientes y Córdoba, que reclamaron su auxilio.

Considerando el Departamento que la acción profiláctica debe basarse en el conocimiento de la geografía médica del país, resuelve ejecutarla con fecha 26 de noviembre de 1897, designando para estos trabajos una comisión que estudiaría las ende-

mias reinantes y la historiografía de las epidemias en el país, medidas empleadas para la lucha, condiciones sanitarias en las diversas regiones del país, epizootías y enzootías.

Después de la prolongada y productiva presidencia del doctor Ramos Mejía, fué designado en su reemplazo el doctor Eduardo Wilde, quien introduce modificaciones en la organización de la repartición, que queda estructurada en la forma siguiente: Dirección, que comprende el Consejo y todo el Servicio Administrativo; Instituto de Higiene General, comprendiendo profilaxis, epidemiología, legislación sanitaria y estadística; Instituto de Bacteriología y Seroterapia e Instituto de Química.

Desde el punto de vista epidemiológico, la peste bubónica se importa en América del Sur, ocurriendo los primeros casos en Asunción del Paraguay, en abril y mayo de 1899, y denunciándose el primer enfermo en Rosario de Santa Fe, en octubre de 1899. Comprobada tarde la etiología de la epidemia y abarcando ya gran difusión, el gobierno dicta en enero de 1900 un decreto aislando a la ciudad de Rosario del resto del país y adoptando las más severas medidas profilácticas para sus procedencias por trenes y vapores. Pero la peste aparece el mismo mes en la Capital Federal y hace un brote epidémico. Además, casos esporádicos se observan en Tucumán y Santa Fe y pequeñas epidemias en Bell Ville (Córdoba) y San Nicolás de los Arroyos (Buenos Aires).

En el año 1900, excluída la partida del presupuesto destinada al Consejo Consultivo del Departamento y no dispuesta su constitución con miembros honorarios, quedó suprimido y delegada una parte de sus funciones en la comisión administrativa instituída por el ex presidente Ramos Mejía.

En el mes de mayo, renuncia el doctor Wilde y fué substituído por el doctor Carlos Malbrán, que presidió el Departamento sin Consejo Consultivo hasta enero de 1902, en que por decreto del Poder Ejecutivo fué formado con miembros honorarios. Una de las primeras cuestiones tratadas por ese cuerpo fué el estado de la peste bubónica en el país, insistiéndose en que debían instaurarse medidas rigurosas a fin de evitar un estallido epidémico, vista la ineficacia de la profilaxis adoptada hasta ese momento. A pesar de todo, existía dificultad para obtener informes respecto del estado sanitario del país, razón por la cual se proyectó una ley, dando intervención a la Sanidad Nacional en las provincias, sin la cual se consideraban estériles todos los esfuerzos para conseguir una estadística. Esta ley no tuvo sanción.

A los efectos de encarar el problema del paludismo, a propuesta del Departamento se celebra en junio de 1902 una Conferencia Nacional, resultando de sus deliberaciones que nueve

provincias y tres territorios nacionales estaban afectados por la enfermedad, en particular Salta, Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero, La Rioja, Catamarca y Chaco. Si bien se declaró que no se trata de un paludismo de carácter maligno, disminuye la resistencia orgánica y la capacidad de trabajo de sus habitantes. Entre otras conclusiones, se aprobó: proyectar y ejecutar obras de ingeniería sanitaria para extinguir los focos de infección; proveer asistencia médica a los enfermos que carecen de servicios médicos locales; distribuir quinina a los enfermos necesitados y procurar su venta a bajo precio; difundir nociones de profilaxis individual; crear por el Departamento Nacional de Higiene delegados en provincias; establecer laboratorios de investigación en cada provincia afectada; manifestar a los gobiernos provinciales la necesidad de exigir a los propietarios de establecimientos industriales la adopción de medidas profilácticas de carácter general e individual y que se haga efectiva la creación de servicios de estadística y la organización de sus servicios sanitarios y otras medidas del caso. Sobre estas bases se formuló el proyecto de ley de defensa contra el paludismo, que el P. E. elevó para su sanción al H. Congreso de la Nación el 16 de setiembre de 1903 y que fué convertido más tarde en ley.

Hacia el mes de setiembre de 1902 se desorganiza el Consejo Consultivo, por el alejamiento de algunos de sus miembros a causa del cercenamiento de sus atribuciones, siendo reemplazados posteriormente por funcionarios superiores de la repartición, reunidos en junta deliberativa. En la última sesión del Consejo, del 4 de octubre, entre las cuestiones de mayor importancia quedaban en trámite la ley orgánica del Departamento, la de vacunación y un proyecto de nomenclatura de causas de muerte.

Visto el estado higiénico defectuoso de los ferrocarriles, el Departamento crea la Inspección Técnica de Higiene para ese medio de transporte. El Ministerio del Interior resolvió declarar de incumbencia del Departamento dicho servicio y ordenó su reglamentación, que fué aprobada por decreto del 3 de diciembre de 1904.

La repetición de epidemias de viruela en años sucesivos y ocurridas en diversos puntos del país —durante 1903 en Rosario, Salta, Jujuy, Córdoba, Tucumán, Mendoza y Santa Fe— motivó la promulgación de la ley 4202, el 4 de setiembre de ese año, que establece la vacunación y revacunación antivariólica obligatoria, únicamente en la Capital Federal y Territorios Nacionales, sancionada por el H. Congreso, el 27 de agosto del mismo año y que actualmente está en vigencia. Con fecha 12 de abril de 1904, el P. E. dictó un decreto reglamentario sobre la base del proyecto elevado por el Departamento, el cual fué de-

rogado y substituído por la Reglamentación de la Ley 4202, que el Gobierno Nacional aprobó por decreto del 19 de diciembre del mismo año.

El 12 de octubre de 1904 se coloca la piedra fundamental del futuro edificio destinado al Instituto Bacteriológico Nacional, que fuera creado en el año 1887.

Con fecha 4 de noviembre del mismo año, en acuerdo general de ministros, el P. E. crea el Servicio de Higiene Escolar como dependencia del Departamento Nacional de Higiene y con jurisdicción sobre los colegios, escuelas e institutos del Ministerio de Justicia e Instrucción Pública.

En el año 1904, se celebra la Convención Sanitaria Internacional entre las repúblicas Argentina, del Uruguay, de los Estados Unidos del Brasil y del Paraguay, que rigió hasta 1912, en que fué denunciada por el gobierno de nuestro país en razón de su comprobada ineficacia. Con esa convención se deseaba salvaguardar la salud pública sin perjudicar el tránsito y el tráfico, firmando las bases de profilaxis internacional tendientes a evitar la importación y propagación en esos países de la peste de Oriente, el cólera asiático y la fiebre amarilla. El texto de la convención, que fué suscripta el 12 de junio, contiene disposiciones generales para notificación de esas enfermedades pestilenciales, comunicación de medidas adoptadas, declaración de localidades infectadas y sospechosas, vigilancia sanitaria, etc.; profilaxis terrestre; profilaxis marítima y fluvial, con clasificación de los navíos; establecimiento del cuerpo de inspectores sanitarios de navío; tratamiento especial para la peste, la fiebre amarilla y el cólera por medidas a tomar en el puerto infectado, antes de la partida, durante la travesía y en el puerto de destino.

Después de dos años de funcionamiento sin el Consejo Consultivo que establece la ley orgánica del Departamento Nacional de Higiene, el P. E., por decreto del 23 de diciembre de 1904, lo organiza nuevamente y a propuesta de la presidencia se lo constituyó con funcionarios de la repartición, desvirtuándose así el espíritu de aquella ley que lo creó como un cuerpo deliberativo de contralor o consultor, con libertad de opiniones o de voto, al cual acudiría el presidente en los casos de duda sobre cuestiones técnicas.

En su primera sesión del 12 de enero de 1905, el Consejo resolvió, ante todo, dictar un reglamento interno, de acuerdo con su nueva constitución y la organización de las oficinas. El proyecto de reglamento fué aprobado el 27 de enero, quedando constituída la repartición en un Consejo, formado como se aclaró precedentemente y subdividido en tres comisiones: 1ª., Higiene;

2ª., Legislación Sanitaria y Deontología; 3ª., Hacienda, administración, honorarios y jubilaciones. La Oficina Central, Secretaría, Tesorería y Contaduría, Oficina de Compras, Depósito, Taller, Mesa de Entradas y Archivo, Biblioteca y Telégrafo componían la parte administrativa. Comprendían los servicios técnicos las cinco secciones siguientes: Profilaxis y Sanidad Interna; Sanidad Marítima y Fluvial; Higiene Escolar; Laboratorios; Ejercicios Profesionales.

Un proyecto de ley sobre el ejercicio de la Farmacia presentado al Departamento por la Sociedad Nacional de Farmacias, previas algunas modificaciones realizadas por el Consejo, fué elevado y sancionado por el H. Congreso el 11 de setiembre de 1905, bajo el número de ley 4.687. Su reglamentación fué aprobada por el Consejo Consultivo en su sesión del 23 de febrero de 1906 y el P. E., de acuerdo con el dictamen del Procurador General de la Nación, lo aprueba con fecha 18 de setiembre de 1907.

Como una comisión encargada de estudiar el problema de la lepra en años anteriores, todavía no había logrado ninguna conclusión, por iniciativa del Departamento, el P. E. convocó a una Conferencia Nacional sobre esta enfermedad, invitándose a los gobiernos de las provincias de Buenos Aires, Entre Ríos, Corrientes y Santa Fe, las más castigadas, así como a los médicos oficiales en los territorios del Chaco, Formosa y Misiones. La conferencia se celebró en noviembre de 1906 con delegaciones de todo el país, sancionando, entre otras, las conclusiones siguientes, sometidas a consideración del Superior Gobierno: que los Poderes Públicos deben proceder a la profilaxis de la lepra; que la declaración y tratamiento sanitario de todo caso de lepra deben ser obligatorios; que a ese efecto se aconseja al Gobierno Nacional la creación de uno o varios establecimientos para internación de estos enfermos; que se prohiba la entrada al país de todo extranjero afectado de lepra; que es necesaria la sanción de una ley de Sanidad Nacional, etc. Se reconoce que la comunicación de la declaración obligatoria debe hacerse al Departamento Nacional de Higiene, que es también la autoridad sanitaria que determinará los enfermos que deben ser internados.

Con fecha 28 de junio de 1907, el Consejo Consultivo del Departamento Nacional de Higiene aprueba un proyecto de ley sobre profilaxis de la lepra ajustado a las conclusiones de la Conferencia, el cual fué elevado al P. E. en setiembre del mismo año.

Después de prolijo estudio, fué sancionado en agosto de 1908, el Reglamento Sanitario Marítimo y Fluvial, que rigió hasta 1912.

De acuerdo con la ley del trabajo de las mujeres y niños y su reglamentación correspondiente, promulgada por el P. E.

el 20 de febrero de 1908, que asigna al Departamento Nacional de Higiene intervención en la higiene de las fábricas, se formuló un proyecto de decreto estableciendo las funciones del médico de sanidad, aprobado por el Consejo Consultivo y elevado al Superior Gobierno.

Renuncia a la Presidencia del Departamento Nacional de Higiene el doctor Malbrán, siendo aceptada por decreto del 27 de julio de 1910 y nómbrase para ese cargo al doctor José M. Penna.

En posesión de su cargo, el doctor Penna, previo un profundo estudio de la organización funcional preexistente en el Departamento, proyectó su reorganización para 1911, que fué aprobada por el Consejo Consultivo con fecha 13 de enero de ese año. Su esquema es el siguiente:

I. Presidente: Jefe de la repartición cuya representación oficial inviste y cuya rama ejecutiva dirige.

Toma parte en las deliberaciones del Consejo Consultivo. Cuenta como auxiliares, con dos Secretarios, uno Técnico y otro Administrativo.

II. Consejo Consultivo: Cuerpo deliberativo del Departamento Nacional de Higiene. Entiende en asuntos relativos a la interpretación de las leyes, adopción o suspensión de medidas sanitarias y, en general, en todos aquellos que no sean de mera aplicación y que corresponden a la rama ejecutiva. Aprueba el presupuesto anual y trata todos los proyectos de reglamentos o de disposiciones de orden interno, motivos de decretos del P. E. o de leyes a someterse al Congreso Nacional. Consta de seis miembros que designan su Presidente y Secretario. En caso de ausencia prolongada del Presidente del Departamento, el del Consejo lo reemplaza interinamente.

III. Secretaría Técnica: Son de su competencia todos los asuntos de orden técnico o científico. El Secretario Técnico es el superior inmediato de los Jefes de División. Ejerce su superintendencia en la materia técnica sobre las siguientes Divisiones del Departamento:

División I. (Sanidad Marítima), que comprende: Oficina Central, Hospital Flotante «Doctor Rodolfo del Viso»; Vapores de Sanidad «Jenner», «Rawson» y «Doctor Pedro A. Pardo». Servicio de Sanidad e Inspección del puerto exterior y rada de Buenos Aires, Estación Sanitaria de Martín García y Lazareto. Servicio Sanitario de los puertos de Rosario, Bahía Blanca, La Plata y Ensenada, Corrientes, San Nicolás, Santa Fe, Paraná, Uruguay, Concordia y Madryn,

que son los habilitados actualmente. Cuerpo de Inspectores de Navío, etc.

División II. (Sanidad y profilaxis interna): Oficina central, Demografía, Epidemiología e informes sanitarios; Inspección de Higiene y Desinfección de los Ferrocarriles; Vacunación y revacunación obligatoria, contralor y estadística de la Ley 4202.

Profilaxis del paludismo: Sección Central, cumplimiento de la Ley 5195. Campaña de saneamiento y profilaxis en las provincias de Salta, Catamarca y Jujuy.

Control técnico, Ingeniería Sanitaria, Cuerpo auxiliar de servicios sanitarios, Biblioteca Anales del Departamento Nacional de Higiene, Archivo, Correspondencia, etc.

División III. (Higiene Escolar, Industrial, Social e Infantil), subdividida en tres secciones encargadas de los diversos servicios.

División IV. (Deontología médica, vigilancia del ejercicio de la medicina y profesiones conexas). Medicina administrativa, reconocimientos médicos y cumplimiento de la Ley 4349. Medicina y anexos, inspección de farmacias y Oficina interventora en el despacho aduanero de especialidades medicinales, sueros, vacunas, etc.

División V. (Bacteriología): Instituto Central, Institutos regionales en las provincias de Salta, Tucumán, Catamarca y Jujuy, de los que el de Tucumán se está organizando y los demás prestan servicios; Sección Instituto Químico y Conservatorio Nacional de Vacuna.

Inspección de productos alimenticios; análisis químico, bacteriológico y organoléptico de los productos de origen animal, destinados a la alimentación, que se importan por los puertos de Buenos Aires, Rosario y Bahía Blanca.

División VI. (Desinfección y Saneamiento): Sección Central, Estación de desinfección número 1 en el dique 4.º; Cuerpo General de desinfección, Escuela de guardas sanitarios y desinfectadores e higienistas. Cuerpo de guardas sanitarios. Estaciones Sanitarias y de asistencia pública creadas para los territorios nacionales. Estaciones de primeros auxilios a instalarse en el puerto de la Capital. Oficina de saneamiento del puerto de la Capital, parque sanitario, maestranza y taller.

IV. Secretaría Administrativa: Le incumben todos los asuntos administrativos dentro de la Repartición. El Secretario Administrativo es el Jefe de la División VII (Administración General) ejerciendo superintendencia sobre las secciones que la constituyen, a saber: Contaduría, Tesorería, Inspección Administrativa, Oficina de Compras, Expediciones y Depósito General y Mesa de Entradas y Salidas. Existe una Comisión de Administración, de la que el Secretario Administrativo es el presidente nato que se ocupa de todo lo relacionado con compras y adquisiciones en general y su distribución interna.

V. Cuerpo Médico Auxiliar. — De creación reciente (1.° enero, 1911), provee del personal necesario de carácter transitorio en circunstancias especiales, poniéndolo a disposición de la División o conservándolo directamente bajo su dependencia. Depende directamente de la Presidencia y está obligado a desempeñar todas las comisiones urgentes que se le encomienden. Interviene en carácter técnico en licitaciones, compras y recepciones del material sanitario y provee ese material a comisiones transitorias que se dirigen al interior.

VI. Control Técnico. — Esta Sección depende directamente de la Presidencia y está constituída por un médico higienista, un médico bacteriólogo y un químico, los que asesorarán a aquélla en sus respectivas especialidades. Además, practicarán inspecciones sistemáticamente y podrán ser encargados de cualquier comisión extraordinaria.

VII. Asesoría Legal. — Tiene que expedir su dictamen en los asuntos regidos por las leyes siguientes:

Ley 4687. — Sobre ejercicio de la Farmacia, en la que está incluído lo referente a establecimientos de droguerías, venta de sueros, vacunas, especialidades, etc. Ley de 3 de octubre de 1891. Sobre ejercicio de la Medicina, Obstetricia y Odontología.
Ley 5291 — Sobre el trabajo de mujeres y niños.
Ley 5195 — De defensa contra el paludismo.
Ley 3959 — De Policía Sanitaria Animal.

Interviene, además, en la celebración de contratos para alquiler de casas y locales en las provincias y en esta Capital con destino para oficinas del Departamento; en las licitaciones para la provisión de placas, teneras, etc.; en las notificaciones, citaciones, etc. a los que infringen las leyes 4687, de 3 de octubre de 1891; 5291 y 3959. Además, representa al Departamento ante la Justicia del Crimen, en los ex-

pendientes que van en apelación, y asesora en todos los asuntos de interpretación o aplicación de leyes que puedan presentarse.

Por decreto de abril de 1913, el P. E. aprueba el proyecto de Reglamento Interno elevado por el Departamento Nacional de Higiene cuyo artículo 1.° establece:

El Departamento Nacional de Higiene, cuya dirección está a cargo de un Presidente y un Consejo Consultivo, está constituído por las siguientes dependencias:

1.° Secretarías { Técnica. Administrativa.

2.° Asesores de la Presidencia: Un médico, un doctor en Química, un higienista bacteriólogo y un abogado asesor.

3.° Administración General.

4.° Divisiones:
- División I. Sanidad y Profilaxis Marítima y Fluvial.
- » II. Sanidad Interna.
- » III. Higiene Escolar. Industrial e Infantil.
- » IV. Deontología Médica, Vigilancia del ejercicio de la Medicina y profesiones conexas.
- » V. Instituto Bacteriológico.
- » VI. Desinfección y Saneamiento.

5°. Ingeniería Sanitaria.

6.° Inspección de Productos Alimenticios.

7.° Instituto Químico.

8.° Instituto Antivariólico.

La estructura dada al Departamento Nacional de Higiene, durante la fecunda presidencia del profesor Penna fué, indudablemente, una obra sólida y duradera en la organización sanitaria nacional, a la que por largos años no se le hizo modificaciones de mayor importancia. Es preciso llegar al año 1923, en que por decreto del P. E. del 12 de noviembre, se instituye la División de Asistencia de la Infancia y, además, durante la presidencia del doctor Gregorio Aráoz Alfaro se crean las secciones siguientes:

1.° Propaganda Higiénica y Educación Popular;
2.° Profilaxis del Tracoma y Oftalmías Infecciosas;
3.° Profilaxis de la Sífilis, Lepra y Enfermedades Venéreas;
4.° Profilaxis y Asistencia de la Anquilostomiasis;
5.° Profilaxis Directa y Asistencia de la Tuberculosis;
6.° Higiene Mental, Alcoholismo, Toxicomanías.

Con fecha 17 de setiembre de 1926, el Honorable Congreso Nacional sanciona la ley N.° 11.359, de Profilaxis y Tratamiento

de la Lepra, que establece la denuncia obligatoria de los enfermos, la inspeción preventiva de sospechosos, la asistencia sanitaria de enfermos no peligrosos, la asistencia y tratamiento obligatorio a domicilio y en establecimientos oficiales, el registro general y regional, el censo de la lepra, colonias regionales para alojamiento y tratamiento y otras disposiciones. En virtud de la ley 11.410 del 6 de setiembre de 1928, que ordena el establecimiento de sanatorios, colonias y asilos para leprosos en las provincias y territorios nacionales en las regiones en que la enfermedad esté más difundida, se fueron fundando sucesivamente los actuales sanatorios-colonias, que funcionan bajo la dirección técnica y administrativa de la autoridad sanitaria nacional.

En 1931, por resolución del Departamento, se incorpora la Sección Peste a los servicios de la Sanidad Interna.

Durante la presidencia del doctor Miguel Sussini se aprueba, con fecha 1.° de octubre de 1935, el Reglamento Interno para las Estaciones Sanitarias de Provincias. Además, se crean, el 26 de mayo de 1936, la Comisión de Contralor de Propaganda de las especialidades medicinales, etcétera; el 11 de julio del mismo año, la Sección Contralor de Estupefacientes, y el 11 de mayo de 1937, la Sección Lucha contra las Enfermedades del Corazón, la cual se reorganiza en 1941 bajo la denominación de Sección Enfermedades Cardiovasculares, como dependencia de la Sanidad General Interna; posteriormente se aprueba su creación y se reglamentan sus funciones por Resolución Ministerial de fecha 4 de noviembre de 1943, aprobatoria de la Resolución del Departamento del 19 de octubre del mismo año.

Vista la conveniencia de confiar a una dirección especializada la inscripción y vigilancia del ejercicio de la odontología, por Decreto del Superior Gobierno del 22 de setiembre de 1936, se crea, en el Departamento Nacional de Higiene, la Dirección de Asuntos Odontológicos y se precisan sus atribuciones y deberes.

Siendo presidente del Departamento el doctor Sussini, se sancionaron por el H. Congreso varias leyes de importancia y trascendencia para la sanidad nacional:

1.° Por Ley N.° 11.621, del 13 de setiembre de 1922, se crea la Comisión Nacional de Climatología y Aguas Minerales, encargada técnicamente del estudio del clima y de las aguas minerales y termales existentes en el territorio de la República, del punto de vista terapéutico. Por decreto del P. E. del 11 de enero de 1935, se aprueba la Reglamentación que rige el comercio y tráfico de aguas minerales naturales, y por resolución del Departamento Nacional de Higiene del 15 de enero de 1936, se establece la calificación de las aguas minerales.

2°. En la Sesión del H. Congreso del 20 de junio de 1934, se sanciona la Ley N°. 11.843 de Profilaxis de la Peste, que en-

carga al Ministerio del Interior, por intermedio del Departamento Nacional de Higiene, la dirección técnica y la vigilancia de sus disposiciones y lo faculta para intervenir directamente en todos aquellos casos en que la salud pública parezca amenazada.

La reglamentación de la precedente ley, propuesta por el Departamento Nacional de Higiene, se aprueba por decreto del P. E. de fecha 21 de octubre de 1936, estableciéndose que aquel organismo dictará y hará ejecutar todas las medidas que sean necesarias para el cumplimiento de la ley y de la reglamentación de profilaxis antipestosa y desratización obligatoria en todo el territorio de la Nación.

3º. Con fecha 30 de setiembre de 1934, se dicta la Ley Nº. 12.107, sobre Profilaxis de la Anquilostomiasis, que declara obligatorio en todo el país, el tratamiento y profilaxis de dicha enfermedad, a cuyo efecto el P. E. determinará cuáles son las regiones afectadas y realizará convenios con los gobiernos de provincia que dispongan la acción conjunta de las autoridades sanitarias nacionales, provinciales y municipales.

4º. Por Ley Nº. 12.606 del H. Congreso, de fecha setiembre 23 de 1935, se ratifica la Convención y Código Sanitario suscripto el 14 de noviembre de 1924, en la VII Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en La Habana, y la Adición al Código Sanitario Panamericano, suscripta el 20 de octubre de 1927, en la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana reunida en Lima. Sus disposiciones continúan actualmente en vigencia.

5º. La carrera médica hospitalaria se crea por la Ley Nº. 12.262 dictada por el H. Congreso el 30 de setiembre de 1935, la cual establece las distintas categorías que comprende el título de médico de los hospitales de la ciudad de Buenos Aires. Por decreto del P. E. del 3 de octubre de 1936 se aprueba la reglamentación de la precitada ley, que es parcialmente modificada por ulteriores decretos. La fiscalización del cumplimiento de la ley y su reglamentación está a cargo del Departamento Nacional de Higiene.

6º. Se declara obligatoria, en todo el territorio de la República, la denuncia de las enfermedades contagiosas o transmisibles, por imperio de la Ley Nacional Nº. 12.317, dictada con fecha 30 de setiembre de 1936. Por la misma se dispone que las autoridades, en sus respectivas jurisdicciones, están obligadas a adoptar medidas de profilaxis para el cumplimiento de esta ley. El Departamento Nacional de Higiene podrá intervenir, de acuerdo con las autoridades provinciales, cada vez que crea comprometida la salud pública por la denuncia de una enfermedad infectocontagiosa.

7º. Para la organización de la profilaxis de las enfermedades venéreas y su tratamiento sanitario en todo el territorio de la

República, el H. Congreso sanciona con fecha 17 de diciembre de 1936, la ley registrada bajo el Nº. 12.331. Por la misma ley se crea en el Departamento Nacional de Higiene una sección denominada Profilaxis de las Enfermedades Venéreas, que dirigirá la lucha antivenérea en el país.

La reglamentación de la ley de Profilaxis de las Enfermedades Venéreas se aprueba por decreto del P. E. del 2 de abril de 1937.

8º. Por ley nacional Nº. 12.341 del 21 de diciembre de 1936, se crea la Dirección de Maternidad e Infancia dependiente del Departamento Nacional de Higiene sobre la base de la sección Asistencia y Protección a la Infancia preexistente. Se dispone que la mencionada Dirección extenderá su acción a toda la República, propendiendo a que todo núcleo de población posea, cuando menos, un centro de higiene maternal e infantil. Por decreto reglamentario de junio 8 de 1938, que sustituye el anterior de fecha 11 de marzo de 1937, se dispone que la Dirección de Maternidad e Infancia alcanza en sus funciones a la madre en el período prenatal, natal y posnatal y al niño hasta la edad de seis años, siempre que éstos no se encuentren bajo dependencia o tutela judicial o en instituciones públicas. Para el cumplimiento de sus funciones se compone de las divisiones siguientes: Higiene y Servicio Social; Inspección y Legislación; Eugenesia y Maternidad; Primera infancia (hasta los dos años y medio de edad); Segunda infancia (edad preescolar, de dos y medio a seis años); Niños enfermos, anormales y necesitados; Asistencia odontológica.

9º. En virtud de la Ley Nº. 12.397, de fecha 23 de agosto de 1938, se crea la Comisión Nacional de la Tuberculosis, bajo la dependencia del Departamento Nacional de Higiene, que tiene a su cargo todo lo relacionado con la profilaxis y asistencia de los tuberculosos en el territorio de la Nación, la cual se promulga el 4 de octubre del mismo año, con excepción de sus artículos 5º. y 6º.

El 12 de agosto de 1941 se dicta la Reglamentación de la precitada ley.

Durante la presidencia del Departamento Nacional de Higiene del doctor Juan Jacobo Spangenberg, se crea, por resolución del 8 de mayo de 1941, la sección Sanidad Aeronáutica dentro de la Sanidad Marítima y Fluvial, Saneamiento de Puertos, que tiene a su cargo todo lo que se relaciona con sanidad aérea y aviación sanitaria; por resolución del 30 de julio de 1941, la Escuela de Perfeccionamiento Técnico Sanitario, previa autorización ministerial, dependiendo de la Sanidad Marítima y Fluvial; y por resolución del 6 de agosto de 1941 y con autorización ministerial, la Sección Neoplasias dentro de la Sanidad General Interna.

Entre otras, dos leyes se incorporan a la legislación sanitaria en vigencia:

1°. Con fecha 29 de setiembre de 1941, se sanciona, por el H. Congreso, la ley N.° 12.732, sobre Profilazis obligatoria de la Hidatidosis, a cuyo efecto el P. E. organizará una división para la profilaxis animal como dependencia de la Dirección de Ganadería en el Ministerio de Agricultura, y una sección para la profilaxis humana, dependiente del Departamento Nacional de Higiene en el Ministerio del Interior y, asimismo, designará una comisión consultiva honoraria, integrada por médicos y veterinarios y también por representantes de entidades rurales. En mayo de 1942, se celebra en Buenos Aires una Conferencia Nacional contra la Hidatidosis, donde treinta asuntos sobre hidatidosis o equinococosis son presentados y aprobados.

2°. Declárase obligatoria y gratuita en todo el país, por Ley N°. 12.670, del 28 de marzo de 1941, la vacunación y revacunación antidiftérica en los niños desde la edad de 9 meses a los 12 años. A ese efecto, el P. E. de la Nación convendrá con los gobiernos de provincias la aplicación de esta ley. Se dispone, además, la creación de la sección Profilaxis Específica, bajo la dependencia del Departamento Nacional de Higiene.

La Reglamentación de la Ley 12.670 se dicta por decreto del Superior Gobierno dèl 28 de octubre de 1941 y, por resolución del Departamento Nacional de Higiene del 10 de julio de 1941, se crea la sección Profilaxis Específica. Posteriormente, por resolución del Departamento de fecha noviembre 6 de 1943, se crea y organiza provisionalmente la Dirección de Inmuno-Profilaxis, siendo aprobada esta creación por resolución del Ministerio del Interior del 30 de noviembre del mismo año.

Durante la Presidencia del Departamento Nacional de Higiene del doctor Spangenberg se somete a la consideración del Poder Ejecutivo un nuevo plan de organización general, con la finalidad de modificar la estructura anterior de la repartición sustancialmente y transformarla en un organismo moderno, en consonancia con las necesidades del país, procurando un beneficio público en materia de salud y asistencia social.

Por decreto del Superior Gobierno, de fecha 19 de mayo de 1942, se autoriza al Presidente del Departamento, para poner en marcha, con carácter experimental, dicho plan. A continuación se transcribe su texto:

«Visto el presente expediente, en el que el Departamento Nacio-
«nal de Higiene somete a la consideración del Poder Ejecutivo el nuevo
«plan de organización general del mismo, y considerando:

«Que el nuevo plan de organización del Departamento Nacional de
«Higiene tiene por finalidad transformarlo en un organismo de estruc-
«tura moderna, adaptándolo a las necesidades actuales, dentro de las

« asignaciones de la ley de presupuesto, en forma que permita rapidez de « procedimiento y superior precisión técnica, y la vez mayor rendi- « miento, eficiencia, ajuste y fiscalización de sus gastos.

«Que por otra parte, con él se obtendría una mayor distribución del « trabajo, unidad de acción y responsabilidad mutua de funcionarios a « cargo de las direcciones, divisiones y secciones.

«Por ello:

El Vicepresidente de la Nación Argentina, en Ejercicio del Poder Ejecutivo—

DECRETA:

«Artículo 1º. — Autorízase al Presidente del Departamento Nacio- « nal de Higiene para que ponga en vigor con el personal y las asigna- « ciones de la Ley de Presupuesto y con carácter de experimentación, « el adjunto plan de organización.

«Art. 2º. — Para su mejor cumplimiento, facúltasele para adoptar « las medidas tendientes a su mejoramiento y ajuste de servicios técni- « cos y administrativos, introduciéndole las modificaciones que la prác- « tica aconseje.

«Art. 3º. — Déjase en suspenso hasta el 31 de marzo de 1943 todos « los artículos del reglamento vigente y los decretos que se opongan al « cumplimiento de ese plan.

«Art. 4.º — El Presidente del Departamento Nacional de Higiene de- « berá elevar el proyecto de reorganización definitiva con el tiempo su- « ficiente para que pueda ser considerado antes del tiempo fijado en el « artículo anterior.

«Art. 5º. — Comuníquese, publíquese, dése al Registro Nacional y « archívese».

CASTILLO

Miguel Culaciati.

Decreto 117.372.

En cumplimiento del precedente decreto, la Presidencia procede a la aplicación del plan de organización autorizado, en dos tiempos. En un primer tiempo se implanta un «plan previo», creando las diversas Secretarías y Direcciones y disponiendo las dependencias que comprenderán cada una de ellas y su correspondiente acción. En un segundo tiempo, después de regulado el nuevo mecanismo, los Secretarios Técnicos y Directores Administrativos en colaboración con los Jefes de Dependencia, proyectarán la ordenación de los diversos servicios, instituyendo las Divisiones y Secciones, de acuerdo con el Superior Decreto e introduciendo las modificaciones que la práctica dicte.

He aquí el «plan previo» de la organización:

«El planteo orgánico comprende:

«A. — La Presidencia.

«B. — La Agrupación Técnica.

«C. — La Agrupación Administrativa.

A

De la Presidencia

«La presidencia estará constituída por:

«1. — El Presidente.

«2. — El Secretario del Presidente.

«3. — La Asesoría Letrada.

«4. — Oficina de Personal (a crearse).

«5. — Mesa de Entradas, Salidas y Archivo.

«6. — Biblioteca.

«7. — Correspondencia e Informes.

B

De la Agrupación Técnica

«La Agrupación Técnica estará formada por las siguientes Secreta-
« rías Técnicas:

«Secretaría de Deontología Sanitaria.

«Secretaría de Profilaxis y Asistencia Médica.

«Secretaría de Higiene.

«Secretaría de Servicio Médico Legal.

«Secretaría de Investigaciones Científicas y Producción de Medicamentos.

«La Secretaría de Deontología Sanitaria dirigirá las dependencias que
« fiscalizan el ejercicio de las profesiones sanitarias y cuestiones conexas,
« que son:

«1°. — Ejercicio de la Medicina.

«2°. — Inspección de Farmacias.

«3°. — Dirección de Asuntos Odontológicos.

«4°. — Comisión de Especialidades Farmacéuticas.

«5°. — Especialidades Farmacéuticas y Despacho de Aduana.

«6°. — Contralor de Estupefacientes.

«La Secretaría de Profilaxis y Asistencia Médica agrupará todos los
« servicios de profilaxis y asistencia médica, creados en cumplimiento de
« leyes especiales y los restantes servicios sanitarios donde se preste asis-
« tencia médica, a saber:

«1°. — Dirección General de Paludismo.

«2°. — Dirección de Maternidad e Infancia.

«3°. — Sección Dermatovenereológica.

«4°. — Dirección de Profilaxis Específica.

«5°. — Comisión Nacional de la Tuberculosis.

«6°. — Vacunación Antivariólica.

«7°. — Dirección de Profilaxis de la Anquilostomiasis.

«8º. — Sanidad Interna.
«9º. — Hospital Nacional Central.
«10. — Profilaxis del Tracoma y Oftalmías Infecciosas.
«11. — Neoplasias.

«La Secretaría de Higiene reunirá las siguientes dependencias:
«1º. — Sanidad Marítima y Fluvial.
«2º. — Higiene Industrial.
«3º. — Higiene de los Ferrocarriles.
«4º. — Higiene Escolar.
«5º. — Profilaxis de la Peste.
«6º. — Propaganda Higiénica y Educación Sanitaria.
«7º. — Demografía Sanitaria y Geografía Médica.
«8º. — Boletín Sanitario.

«La Secretaría de Servicio Médico Legal, la formarán las siguientes « dependencias:
«1. — Junta Médica (a crearse).
«2. — Jubilaciones.
«3. — Accidentes.
«4. — Reconocimientos Médicos.
«5. — Otorrinolaringología.
«6. — Oftalmología.
«7. — Profilaxis de la Tuberculosis.
«8. — Electrorradiología.

«La Secretaría de Investigaciones Científicas y Producción de Sueros, « Vacunas y Medicamentos, abarcará:
«1. — Instituto Bacteriológico «Dr. Carlos G. Malbrán».
«2. — Instituto de Química.

C

De la Agrupación Administrativa

«La Agrupación Administrativa estará formada por la:
«1. — Dirección de Hacienda y Suministros.
«2. — Dirección de Administración.

«A la Dirección de Hacienda y Suministros pasarán a depender los « siguientes servicios:
«1. — Comisión de Compras.
«2. — Oficina de Compras.
«3. — Contaduría.
«4. — Tesorería.
«5. — Depósitos y Suministros.
«6. — Venta de Sueros y Vacunas.

«Formarán parte de la Dirección de Administración las siguientes de- « pendencias:
«1. — Inspección de Administración.
«2. — Arquitectura.
«3. — Talleres.
«4. — Mayordomía.

Por lo visto, el plan comprende cinco Secretarías Técnicas, las que son creadas e implantadas, en forma progresiva, por sucesivas resoluciones del Departamento Nacional de Higiene.

En uso de las facultades que le confiere el precitado decreto del Poder Ejecutivo, de fecha 19 de mayo de 1942, la Presidencia del Departamento crea por resolución del 12 de agosto del mismo año, la Dirección General de Regionales, dependiente directamente de esa Superioridad, la cual tendrá bajo su jurisdicción todos los servicios sanitarios del país, excepción hecha de los creados en cumplimiento de leyes especiales, como ser los de Paludismo, Maternidad e Infancia, Dermatovenereológica, Profilaxis Específica, Tuberculosis, Anquilostomiasis, etc. Se dispone proyectar la organización y funcionamiento de esa Dirección y, previamente a la iniciación efectiva de sus funciones, se realizará un estudio de los servicios que corresponderá anexarle oportunamente, y de acuerdo con la importancia de los mismos y con las características higiénicas y geográficas de su zona de influencia, se determinará la relación de dependencia entre sí, dentro de las respectivas Regiones y Divisiones. Además, ese estudio previo servirá de base para la preparación del plan de profilaxis y asistencia médica, concorde con el concepto actual de las unidades sanitarias, dispensarios y hospitales polivalentes, adoptando los servicios existentes y creando en el futuro los necesarios.

Por resolución de fecha 29 de octubre de 1942, el Departamento anexa el Hospital Nacional Central a la Comisión Nacional de la Tuberculosis, de la cual pasará a depender técnica y administrativamente, y dispone que las funciones, exclusivamente relacionadas con la asistencia, tratamiento y profilaxis de la tuberculosis y las determinadas por Decreto Nº. 96.573 a la Sección Profilaxis y Asistencia de la Tuberculosis para el reconocimiento a los efectos de la formación del catastro sanitario del personal de la Administración, pasarán también a depender de la mencionada Comisión.

Además, en uso de las facultades acordadas por el Decreto del Poder Ejecutivo Nacional ya mencionado del 19 de mayo de 1942, el presidente del Departamento Nacional de Higiene resuelve crear, con fecha 29 de enero de 1943, la División de Hacienda, para integrar así la Agrupación Administrativa de la nueva organización de la Repartición, procediendo a la reorganización de la Contaduría y coordinando su acción en forma ajustada con la Tesorería para obtener la unidad de contralor contable. Por otra parte, se modifica la constitución de dicha agrupación administrativa, estableciendo que la misma estará

formada por 3 Divisiones: División de Suministros, División de Hacienda y División de Administración, de la cual dependerán los servicios de Inspección de Administración, Talleres y Mayodormía y, además, modificando el «Plan Previo» se le incorporan la Oficina de Personal (a crearse), Mesa de Entradas, Salidas y Archivo, y Correspondencia e Informes.

Posteriormente, el 30 de enero se dicta resolución creando la División de Suministros, que quedará integrada por las siguientes dependencias: Comisión de Compras, Oficina de Compras y Depósito y Suministros.

Establecidas las formas de relación entre ambas agrupaciones, técnica y administrativa, y siendo necesario proveer el cargo de Secretario del Presidente, que requiere ser desempeñado por un funcionario que tenga el conocimiento global de la repartición, se resuelve que sea su función ejercida en forma rotativa y periódica por cada uno de los Secretarios Técnicos, sin perjuicio de las tareas inherentes a su respectiva Secretaría, por la la cual corresponde se le llame Secretario de Turno, cargo que se crea.

Conforme lo dispuesto con anterioridad, dependiente de la División de Administración, se crea la Oficina Central de Personal, que tomará a su cargo todos los asuntos referentes a personal técnico, administrativo, obrero, de maestranza y de servicio que en ese momento sobrepasan a tres mil empleados, distribuídos en todo el territorio de la Nación.

Considerando que la naturaleza múltiple y diversa de las funciones del Instituto Bacteriológico «Dr. Carlos G. Malbrán» aconseja su disociación a fin de facilitar y promover el desarrollo de cada uno de ellos, por resolución del 16 de febrero de 1943, se dividen provisoriamente las actividades de esa Dependencia en cuatro grupos, a saber: División de fiscalización, División de exámenes sanitarios, División industrial y División de investigaciones científicas, constituídas por las Secciones Bacteriología, Virus, Protozoología, Entomología, Micología, Inmunidad, Epidemiología, Química y las demás que se creen.

Desde el 18 de febrero, la Oficina de Arquitectura dependerá directamente de la Presidencia, ejerciendo funciones de asesoramiento en igual forma que la Asesoría Letrada y la Biblioteca del Departamento se anexará a la Secretaría de Higiene.

Después de un período de experimentación, el Poder Ejecutivo aprueba el plan definitivo de organización del Departamento Nacional de Higiene mediante un decreto dictado con fecha 20 de abril de 1943. A continuación se transcribe su texto:

«Buenos Aires, abril 20 de 1943.

«Visto el presente expediente,

El Presidente de la Nación Argentina—

DECRETA:

«Artículo 1°. — Apruébase la organización propuesta por el Departa-
« mento Nacional de Higiene, corriente de fojas 22 a 24, inclusive, con
« las modificaciones que se indican a fojas 61 a 63, del presente expe-
« diente.

«Art. 2°. — La dependencia citada en el artículo 1°. precedente ele-
« vará a la consideración del Poder Ejecutivo dentro de los sesenta días
« de la fecha, el respectivo proyecto articulado.

«Art. 3°. — Derógase el Decreto del 25 de abril de 1913 y toda otra
« disposición que se oponga al presente Decreto.

«Art. 4.° — Comuníquese, tómese razón por la Dirección General de
« Administración del Interior y pase al Departamento Nacional de Higiene,
« para su conocimiento y demás efectos».

CASTILLO

Culaciati

Ahora bien, el plan definitivo de organización del Departamento, aprobado por el Superior Gobierno, comprende la estructura orgánica siguiente:

A

De la Presidencia

«A. La Presidencia.

«B. La Agrupación Técnica.

«La Presidencia está constituída por:

«1.° — El Presidente.

«2.° — La Asesoría Letrada.

«3.° — La Oficina Central de Personal (a la cual se anexa la Mayordomía).

«4.° — La Oficina de Arquitectura.

B

De la Agrupación Administrativa

«C. La Agrupación Administrativa.

«La Agrupación Técnica, la forman las siguientes Secretarías:

«1.° — Secretaría de Sanidad y Asistencia Social.

«2.° — Secretaría de Deontología Sanitaria.

«3.° — Secretaría de Medicina del Trabajo.

«La Secretaría de Sanidad y Asistencia Social agrupa todos los servi-
« cios que cumplen especialmente funciones de profilaxis y asistencia mé-
« dica, a saber:

a) Comisión Nacional de la Tuberculosis.
b) Dirección de Maternidad e Infancia.
c) Dirección General de Paludismo.
d) Dirección de Profilaxis Dermatovenereológica.
e) Dirección de Sanidad de las fronteras, transportes y comunicaciones (que comprende Sanidad Marítima y Fluvial, Higiene de los Ferrocarriles, Aviación Sanitaria, Profilaxis de la Peste y Escuela de Sanidad).
f) Dirección de Sanidad de Territorios.
g) Dirección de Profilaxis de la Anquilostomiasis.
h) División de Inmuno Profilaxis (que incluye las Secciones Profilaxis Específica y Vacunación Antivariólica).
i) Sección Profilaxis de la Hidatidosis.
j) Sección Profilaxis del Tracoma y Oftalmías Infecciosas.
k) Sección Profilaxis de las enfermedades cardiovasculares.
l) Sección Profilaxis de las Neoplasias.
m) Instituto Bacteriológico «Dr. Carlos G. Malbrán» (donde funcionará la Dirección de Laboratorios de Investigaciones Científicas). De este Instituto depende además la Oficina de Ventas de Sueros y Vacunas.
n) Instituto de Química.
o) División de Demografía y Bio-Estadística.
p) Sección Propaganda Higiénica y Educación Sanitaria.
q) Biblioteca.

«La Secretaría de Deontología Sanitaria dirige las dependencias que « fiscalizan el ejercicio de las profesiones sanitarias y cuestiones conexas, « que son:

a) Sección Ejercicio de la Medicina y Profesiones Conexas.
b) Sección Inspección de Farmacias.
c) Sección Especialidades Farmacéuticas y Despachos de Aduana.
d) Comisión de Especialidades Farmacéuticas.
e) Sección Contralor de Estupefacientes.
f) Dirección de Asuntos Odontológicos.

«La Secretaría de Medicina del Trabajo, la forman las siguientes de- « pendencias:

a) Sección Jubilaciones.
b) Sección Accidentes del Trabajo.
c) Sección Reconocimientos Médicos.
d) Sección Seguridad e Higiene del Trabajo.
e) Sección Otorrinolaringología.
f) Sección Oftalmología.
g) Sección Electrorradiología.
h) Sección Neuro-psiquiatría (a crearse).

C

De la Agrupación Administrativa

«La Agrupación Administrativa la constituye la Secretaría de «Administración y Hacienda», de la cual dependen directamente:

a) Contaduría.

b) Tesorería.

c) Oficina de Compras, Depósito y Suministros.

d) Comisión de Compras.

e) Inspección de Administración.

f) Mesa de Entradas y Salidas (con la Oficina de Correspondencia e Informes, anexa).

g) Talleres.

Como puede observarse, las Secretarías Técnicas quedan reducidas a tres en la organización definitiva, quedando la denominada Secretaría de Sanidad y Asistencia Social integrada con los servicios que dependían anteriormente de las Secretarías de Higiene, Profilaxis y Asistencia Médica e Investigaciones Científicas y producción de sueros, vacunas y medicamentos, las cuales desaparecen. La Secretaría de Deontología Sanitaria conserva su estructura y, en cuanto a la Secretaría de Medicina del Trabajo, no es otra que la Secretaría de Servicio Médico Legal preexistente, a la cual se agregó la Sección Higiene Industrial, que se llamará en lo sucesivo de Seguridad e Higiene del Trabajo, y la Sección Neuropsiquiatría (a crearse).

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 2.º del superior decreto de fecha 20 de abril de 1943, con fecha 11 de ese mismo mes, se constituye una comisión encargada de preparar un anteproyecto de Reglamento Interno del Departamento, encuadrado dentro del plan de organización recientemente aprobado por el Poder Ejecutivo.

IV

Período de 1943 hasta la actualidad

A. DIRECCION NACIONAL DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

De acuerdo con el plan trazado por el gobierno revolucionario, de centralizar la dirección y coordinar la acción en materia de policía sanitaria, medicina preventiva y curativa, profilaxis, higiene pública y asistencia social, el Poder Ejecutivo dicta un decreto, en acuerdo de ministros, con fecha 21 de octubre de 1943, por el cual se crea la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, dependiente del Ministerio del Interior. A continuación se transcribe el texto del mismo:

«Considerando:

«Que a los fines de atender debidamente la salud del pueblo de la « Nación, es indispensable coordinar los servicios públicos de policía sani- « taria, profilaxis preventiva y curativa y asistencia social, concentrando « su dirección para poder alcanzar así la más alta eficiencia en cuanto a « protección del bienestar físico del individuo, de la familia y de la co- « lectividad, evitando la dispersión de energía y la superposición de es- « fuerzos de la misma índole o de análoga finalidad;

«Que este propósito cuenta con la aprobación unánime de todos los « círculos científicos que los han enunciado en innumerables congresos na- « cionales e internacionales, constituye desde hace tiempo el fundamento « y la tendencia de medidas legislativas y administrativas, y es, indudable- « mente, una de las aspiraciones más concretas y urgentes de la opinión « pública del país;

«Que a pesar de todo esto, hasta ahora no se han tomado disposicio- « nes decisivas para concretar este desiderátum, en medidas prácticas de go- « bierno, aduciéndose como impedimento nuestro sistema político de orga- « nización federal y la legislación administrativa en vigor, que pone a car- « go de distintos departamentos del Estado la tarea de atender la higiene « pública y la asistencia social;

«Que las exigencias de la salud pública del pueblo son la suprema ley « y, por consiguiente, es inadmisible sostener que nuestro régimen consti- « tucional o legal pueda haber trabado, por razón de límites jurisdicciona- « les, la eficiencia gubernamental en materia de endemias, epidemias y en- « fermedades sociales que no reconocen tales límites para su propagación « y que, por lo tanto, tampoco deben existir para su prevención, curación y « asistencia;

«Que por esto mismo, en materia de policía sanitaria, animal y vege- « tal, la Corte Suprema ha declarado que, sin perjuicio de las atribuciones « de los gobiernos locales, el Gobierno Central tiene poderes para combatir « las plagas de la ganadería y de la agricultura, en las demarcaciones ju- « risdiccionales de aquéllas; y sería absurdo argumentar que para la pro- « tección de la salud humana no es jurídicamente posible hacer lo que se « hace en defensa de la sanidad de los animales y de las plantas;

«Que las disposiciones de la vieja ley N.° 3727, sobre organización de « los Ministerios, tampoco pueden ser óbice a este objetivo; ellas atañen, « simplemente, al ordenamiento administrativo de la labor del Poder Eje- « cutivo de la Nación. Pasando al despacho de un solo Ministerio todos « los asuntos referentes a la salud pública y su asistencia, se acumulan « materias que guardan entre sí íntima conexión y que deben ser atendi- « das con unidad de criterio, y se mejora la eficiencia de la administración, « sin lesionar principio político alguno;

«Por ello, «

El Presidente de la Nación Argentina, en acuerdo de ministros—

DECRETA:

«Artículo 1.° — Desde la fecha corresponde al despacho del Ministe-«rio del Interior todo lo relativo a beneficencia, hospitales, asilos, asis-«tencia social, sanidad e higiene.

«Art. 2.° — Créase en el Ministerio del Interior la Dirección Nacional «de Salud Pública y Asistencia Social, que tendrá a su cargo la salud pú-«blica y la asistencia social en todo el territorio de la República, sin per-«juicio de las atribuciones de los gobiernos locales.

«Art. 3.° — Pasarán a formar la Dirección Nacional de Salud Pública «y Asistencia Social el Departamento Nacional de Higiene, la Comisión Ase-«sora de Asilos y Hospitales Regionales, el Instituto Nacional de la Nu-«trición, la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal, el Registro Na-«cional de Asistencia Social, la Dirección de Subsidios y todos los organismos «de salud pública, asistencia social y cuerpos médicos que dependan de los «distintos Ministerios, Dependencias y Reparticiones Autárquicas de la Na-«ción.

«Art. 4.° — A propuesta del señor director nacional de Salud Pública «y Asistencia Social, el Ministerio del Interior designará una comisión ho-«noraria que presidirá aquél, compuesta de cinco miembros, la que dentro «de los sesenta días deberá someter a la consideración del Poder Ejecutivo, «en todo o en parte, un proyecto de reglamentación relativo:

«a) La organización, funciones y servicios técnicos y administrativos que tendrá a su cargo la entidad que se crea por el presente decreto;

«b) La incorporación o la posibilidad de incorporar a la Dirección «Nacional de Salud Pública y Asistencia Social —o de que funcio-«nen bajo su dirección administrativa y técnica— el mayor número «de establecimientos de sanidad que actualmente dependen de «otras autoridades públicas, proyectando también normas tendien-«tes a acordar con ellas la coordinación financiera y administra-«tiva por el sistema de acuerdos bilaterales;

«c) Los mejores métodos para armonizar en esta materia la acción «oficial y privada, estimulando y cooperando a la mayor eficien-«cia de esta última;

«d) La refundición en dos incisos (sueldos y otros gastos) del ane-«xo B (Interior), que corresponderá a la Dirección Nacional de «Salud Pública y Asistencia Social, de los créditos que prevé «el presupuesto general para las dependencias y reparticiones au-«tárquicas y subsidios a cargo de dicha dirección, se hará de modo «que en el presupuesto resulten racionalmente unificadas y cla-«sificadas todas las partidas que se destinen a los distintos ser-«vicios de sanidad y asistencia social;

«e) Las bases para la más pronta implantación del seguro social «obligatorio en toda la República.

«Para llenar su cometido, esta comisión podrá pedir directa- «mente los informes que juzgue necesarios a todas las dependen- «cias del gobierno nacional y de todos los gobiernos provinciales «y municipales.

«Art. 5.º — La incorporación de los bienes y personal de los dis- «tintos organismos que pasan a integrar la Dirección Nacional de Sa- «lud Pública y Asistencia Social se efectuará en la oportunidad y forma «que determine el Ministerio del Interior, con intervención de las di- «recciones de administración de los respectivos ministerios.

«Las modificaciones y transferencias de recurso del presupuesto ge- «neral de la Nación, serán resueltas con intervención del Ministerio de «Hacienda.

«Art. 6.º — Créase en la Dirección Nacional de Salud Pública y «Asistencia Social la Dirección de Administración, que se organizará «sobre la base de la actual Secretaría Administrativa del Departamento «Nacional de Higiene y funcionará de conformidad con las disposiciones «del acuerdo general de ministros de 14 de julio de 1931.

«Art. 7.º — Deróganse todas las disposiciones que se opongan a «las del presente decreto.

«Art. 8.º — Dése cuenta oportunamente al Honorable Congreso de «la Nación.

«Art. 9.º — Comuníquese, publíquese, dése al Registro Nacional y «archívese.

«RAMIREZ. — *Alberto Gilbert.* — *César Ameghino.* — *Gustavo Martínez Zuviría.* — *Edelmiro J. Fárrell.* — *Benito Sueyro.* — *Diego I. Mason.* — *Ricardo A. Vago.*

«Decreto N.º 12.311/43».

Bajo el comando sanitario único, que establece el precitado decreto, se incorporan todos los organismos de salud pública, asistencia social y cuerpos médicos dependientes de la Nación. Quedan excluídos de su jurisdicción, de acuerdo con nuestro sistema político de organización federal y la legislación administrativa vigente, los organismos, provincias y municipios que continúan bajo el poder de los gobiernos locales. Pero contempla la posibilidad de incorporar a la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social o que funcionen bajo su dirección técnico-administrativa, otros establecimientos de sanidad dependientes de otras autoridades públicas y de armonizar la acción oficial y privada. Para estos últimos y otros fines se designa una Comisión Honoraria presidida por el Director Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, que someterá a consideración del Poder Ejecutivo un proyecto de reglamentación.

En concordancia con el decreto de creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social y de los fines que designa la ley N.º 12.558 a la Comisión Nacional de Ayuda Es-

colar, por un Acuerdo General de Ministros de fecha 31 de diciembre de 1943, el Poder Ejecutivo declara comprendida a la mencionada Comisión entre las instituciones del Estado que deberán integrar la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social y, en tal sentido, se dispone la transferencia de sus servicios a esta última.

Se da a continuación el texto del respectivo decreto.

«Buenos Aires, 31 de diciembre de 1943.

«*Visto*:

«El decreto del 21 de octubre del corriente año, por el que se crea «la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social,

«CONSIDERANDO:

«Que los fines asignados por la ley N.º 12.558 a la Comisión Nacional «de Ayuda Escolar se hallan comprendidos en los de las instituciones del «Estado que, en adelante, deberá integrar la Dirección Nacional de Sa«lud Pública y Asistencia Social, creada en virtud del decreto de 21 de «octubre referido;

«Que el traspaso de los servicios de la Comisión Nacional de Ayuda «Escolar al nuevo organismo puede hacerse de inmediato, y que resulta «conveniente hacerlo así, tanto por la necesidad de que puedan ser es«tudiadas por órgano competente las necesidades que en orden al objeto «de la Comisión Nacional de Ayuda Escolar hayan de considerarse para «el próximo año, como para que dichas necesidades pueden ser atendidas «octubre referido;

«Que dicho traspaso de servicios debe realizarse con asistencia es«pecial del Ministerio de Hacienda, para que, por intermedio de la Con«taduría General de la Nación, se tome nota del estado de cuentas de la «Comisión Nacional de Ayuda Escolar, se levante el inventario general de «sus bienes y se proyecten los descargos respectivos;

«Que por resolución del Ministerio de Justicia e Instrucción Pública, «de fecha 27 de julio del corriente año, fué comisionado un interventor «para el estudio y esclarecimiento de diversas denuncias formuladas en «cuanto al funcionamiento de la Comisión Nacional de Ayuda Escolar, «por lo que corresponde que dicha investigación continúe en el estado «en que se encuentra, de acuerdo con el informe de 21 de octubre de «1943 del interventor nombrado;

«Por ello,

El Presidente de la Nación Argentina, en Acuerdo General de Ministros—

DECRETA:

«Artículo 1.º — Declárase comprendida a la Comisión Nacional de «Ayuda Escolar (ley N.º 12.558) entre las instituciones que por decreto «de 21 de octubre del corriente año deberán integrar la Dirección Nacio«nal de Salud Pública y Asistencia Social y transfiérese sus servicios a «dicha dirección nacional, de la que pasarán inmediatamente a depender.

«Art. 2.° — El Ministerio de Hacienda, por intermedio de la Con- «taduría General de la Nación, tomará la intervención necesaria a los «efectos del traspaso de los servicios de la Comisión Nacional de Ayuda «Escolar (Ley N.° 12.558) a la Dirección Nacional de Salud Pública y «Asistencia Social citada y de conformidad con los considerandos prece- «dentes.

«Art. 3.° — Quedan sin efecto todas las disposiciones que se opongan «al presente decreto.

«Art. 4.° — Comuníquese, publíquese, anótese, dése al Registro Na- «cional y archívese.

RAMIREZ. — *Gustavo Martínez Zuviría. — Edelmiro J.* «*Farrell. — Diego I. Mason. — Luis C. Perlinger. —* «*César Ameghino. — Juan Pistarini. — Alberto Gilbert.* «*— Benito Sueyro*».

«Decreto N.° 15.524/43».

B. — DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Posteriormente, con fecha 16 de agosto de 1944, el Poder Ejecutivo dicta un decreto, en acuerdo general de ministros, por el cual modifica el anterior decreto del 21 de octubre de 1943, sobre creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social.

Por el precitado decreto, la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social se denominará en el futuro Dirección Nacional de Salud Pública y, en consonancia, entenderá sólo en lo relativo a asistencia hospitalaria, sanidad e higiene, quedando excluído de sus deberes y atribuciones todo lo referente a asistencia social y beneficencia que pasan a depender de la Secretaría de Trabajo y Previsión, la cual incorpora el Registro Nacional de Asistencia Social, la Comisión Nacional de Ayuda Escolar y el Patronato Nacional de Ciegos. Pero, además, dispone que la Dirección Nacional de Salud Pública ejercerá la superintendencia técnica sobre la Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Municipalidad de Buenos Aires y Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal en la parte pertinente.

He aquí el decreto:

«Buenos Aires, agosto 16 de 1944.

CONSIDERANDO:

Que el decreto de creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, cuyo objeto era coordinar los servicios públicos de policía sanitaria, profilaxis preventiva y curativa y asistencia social, ha impuesto a la misma una labor heterogénea que lejos de facilitarlo origina problemas de difícil resolución;

Que es necesario dar al aspecto salud pública una importancia tendiente a uniformar el criterio directivo en todo el país, en materia de profilaxis y acción curativa;

Que asimismo la asistencia social exige una atención preferente en la tarea de ordenamiento que es propósito del gobierno, de acuerdo con los principios y postulados de la Revolución del 4 de junio;

Que la Secretaría de Trabajo y Previsión contempla en sus finalidades un amplio plan de acción social en sus dos aspectos de previsión y asistencia;

Que es menester deslindar lo que corresponde a cada uno de estos organismos, así como también darles todos los elementos, objetivos y medidas a tomar;

Por tanto,

El Presidente de la Nación Argentina, en Acuerdo General de Ministros

Decreta:

Artículo 1.° — Modifícase el artículo 1.° del decreto número 12.311, de fecha 21 de octubre de 1943, en la siguiente forma:

«Artículo 1.° — Desde la fecha corresponde al despacho del Ministerio del Interior todo lo relativo a hospitales, sanidad e higiene».

Lo referente a beneficencia, hogares y asistencia social, a partir de la fecha, dependerá de la Secretaría de Trabajo y Previsión.

Art. 2.° — La Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social se denominará en adelante Dirección Nacional de Salud Pública.

Art. 3.° — La Dirección Nacional de Salud Pública mantendrá incorporados los organismos que le asignó el decreto mencionado en el artículo 1.°, a excepción del Registro Nacional de Asistencia Social.

Art. 4.° — La Dirección Nacional de Salud Pública ejercerá el contralor técnico de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal, de conformidad con las disposiciones que a tal efecto se establezcan, en lo referente a hospitales, sanidad e higiene; debiendo ejercr la misma función en lo relativo a beneficencia, hogares y asistencia social, la Secretaría de Trabajo y Previsión.

Art. 5.° — En adelante la Dirección Nacional de Salud Pública incorporará solamente los organismos que se refieren a este rubro, debiendo quedar a cargo de la Secretaría de Trabajo y Previsión todos los que tengan atinencia con asistencia social. En los casos de entidades mixtas, se deslindarán, por acuerdo, las respectivas funciones.

Art. 6.° — Dentro de los treinta días de la fecha del presente decreto, pasará a depender de la Secretaría de Trabajo y Previsión, con todo su personal titular y adscripto, incluyendo los muebles, útiles y enseres que constituyen su actual dotación, el Registro Nacional de Asistencia Social, la Comisión Nacional de Asistencia, la Comisión Nacional de Ayuda Escolar y el Patronato Nacional de Ciegos.

Art. 7.° — Igualmente corresponderá a la Secretaría de Trabajo y Previsión, por intermedio de sus organismos, la administración y contralor de subsidios acordados a personas, asociaciones de beneficencia, hogares y, en general, los que aparecen bajo la denominación de «Acción

Social», «Beneficencia», «Enseñanza» y «Cumplimiento de la ley 12.774» (Anexo B, inciso 24, ítem 20, partidas 2, 3, 5 y 8) del presupuesto vigente y los de la Lotería Nacional.

Art. 8.° — La Secretaría de Trabajo y Previsión creará una Dirección de Subsidios que entenderá en los que se le transfiera por el presente decreto.

Art. 9.° — Derógase el artículo número 12 del decreto número 14.885 y mantiénese en vigencia el decreto número 3.306, de fecha 22 de julio de 1943.

Art. 10. — Dentro de los treinta días de la fecha de este decreto y con intervención de las Direciones de Administración respectivas, se procederá al ordenamiento y transferencia de los créditos del presupuesto.

Art. 11. — Comuníquese, publíquese, dése al Registro Nacional y archívese.

FARRELL. — *Alberto Teisaire.* — *César Ameghino.* — *Juan D. Perón.* — *Orlando Peluffo.* — *Diego I. Mason.* — *Alberto Baldrich.* — *Juan Pistarini.*

Con fecha 30 de noviembre de 1944, se establece, por Decreto del Poder Ejecutivo, el estatuto de la Dirección Nacional de Salud Pública con jurisdicción en toda la República.

Decreto N.° 31.589/44.

Buenos Aires, noviembre 30 de 1944.

CONSIDERANDO:

Que el Estado, al dictar el decreto número 12.311/43, ha instituído el organismo a cargo del cual ha quedado encomendada la atención de la salud del pueblo de la República y concentrada y coordinada la acción tendiente a alcanzar el mayor índice sanitario de la colectividad;

Que para que la medida adoptada produzca los efectos que se tuvieron en cuenta al ser dictada, es imprescindible aprobar el estatuto que asigne las funciones del referido organismo, determine sus facultades, atribuciones y deberes, fije su organización y los recursos con que contará para el desempeño de la misión que le ha encomendado;

Que debe asimismo, preverse la forma en que el Estado contribuirá a las Obras y Servicios de las Administraciones provinciales de Salud Pública a efectos de que la ayuda federal sea efectiva y llegue a todos los habitantes de la Nación, dentro del Plan Nacional de Sanidad, como así también determinar las condiciones en que se otorgarán los subsidios a las entidades privadas, cuya importancia y eficiencia es dable reconocer;

Por ello y atento que el proyecto presentado por la Dirección Nacional de Salud Pública contempla la nueva estructuración que debe dársele a la salud pública de la Nación,

El Presidente de la Nación Argentina—

DECRETA:

Artículo 1.º — La Dirección Nacional de Salud Pública extenderá su acción a todo el Territorio de la Nación a fin de promover y preservar la salud de los habitantes del país, asegurando la asistencia médico-social y tratamiento de las enfermedades. A esos efectos, procederá directamente, dentro de la esfera de su actividad, o por intermedio de las competentes autoridades locales.

Art. 2.º — La Dirección Nacional de Salud Pública, dependerá del Ministerio del Interior, con autoridad para actuar de acuerdo a lo que establezcan las leyes de la Nación, los Decretos que se dicten en su consecuencia y las disposiciones del presente estatuto.

Art. 3.º — La Dirección Nacional de Salud Pública, tendrá entre otras, las siguientes atribuciones y deberes:

a) Cumplir y hacer cumplir las leyes sanitarias nacionales y los tratados sanitarios con las potencias extranjeras.

b) Dirigir la acción sanitaria del Estado para la profilaxis y tratamiento de las enfermedades, promoviendo la creación y desarrollo de las obras necesarias.

c) Organizar y controlar el reconocimiento médico periódico el que será obligatorio para toda la población de la República, de acuerdo con lo que establezca el reglamento respectivo.

d) Ejecutar el Plan Nacional de Sanidad.

e) Organizar y realizar las estadísticas vitales cuantitativas y cualitativas, en todo el país y sus publicaciones periódicas.

f) Establecer las condiciones sanitarias a que deberán someterse la elaboración y expendio de artículos alimenticios, especialmente el abasto de leche y fiscalizar su aplicación.

g) Organizar los estudios y tratar las soluciones de problemas de la alimentación.

h) Promover, organizar y coordinar las obras de saneamiento urbano y rural.

i) Disponer las medidas que requieran los problemas médicos y de asistencia relativos a maternidad e infancia, edad pre-escolar, escolar y adolecencia.

j) Promover y organizar la creación y desarrollo de la hemo y plasmoterapia.

k) Disponer todas las medidas que considere necesarias para la educación sanitaria de la población.

l) Ejercer la vigilancia sanitaria de la inmigración y emigración así como la del tránsito comercial interprovincial y con países extranjeros, ya se realice por carretera o ferrocarril, por vía marítima, fluvial o aérea.

ll) Cuando compruebe la existencia de focos epidémicos dentro del país, adoptará las medidas que estime necesarias en defensa de la salud dando cuenta inmediata al Poder Ejecutivo Nacional.

m) Ordenar el examen preventivo de los sopechosos de enfermedades transmisibles o contagiosas; el tratamiento de las personas afectadas por las mismas, y las vacunaciones necesarias al efecto.

n) Disponer lo conducente para prestar asistencia médica a poblaciones afectadas por siniestros o cataclismos.

ñ) Reglamentar y fiscalizar la producción y comercio exterior e interior de drogas, productos medicinales y biológicos de uso humano, cosméticos, productos de tocador y aguas minerales.

o) Revisar, actualizar y publicar periódicamente el codex medicamentarius, el formulario terapéutico y el código bromatológico.

p) Fijar normas para la construcción, ampliación o reformas de los establecimientos nacionales o de aquellos a cuya financiación contribuya el Tesoro de la Nación, destinados a funciones sanitarias o de asistencia médico-social e intervenir en cada caso a fin de controlar la aplicación de las mismas.

q) Fiscalizar, en la parte sanitaria, las Instituciones destinadas a conservar la salud, por medio de la cultura física, las colonias de vacaciones y cualquier otra obra u organización tendientes a ese fin.

r) Vigilar el ejercicio de la medicina y ramas conexas y auxiliares.

s) Fiscalizar la producción, el tráfico y expendio de estupefacientes.

t) Asesorar a las autoridades y al pueblo en asuntos relativos a la salud pública.

u) Crear, dirigir y sostener hospitales, establecimientos y servicios destinados a la lucha contra las enfermedades.

v) Aprobar la instalación de nuevos hospitales, servicios médicos o dispensarios privados, los que no podrán comenzar a funcionar ni a prestar servicios sin su previa autorización.

w) Fiscalizar el funcionamiento de los establecimientos o entidades privadas destinadas al tratamiento de las enfermedades y a la asistencia médico-social, y promover su organización y coordinación.

x) Aplicar y promover la aplicación de las sanciones que correspondan a los infractores de las disposiciones sanitarias de acuerdo con las leyes, decretos y reglamentos respectivos.

y) Estudiar y adoptar las medidas necesarias para solucionar los problemas vinculados a la higiene del trabajo y prevención de las enfermedades profesionales.

z) Proceder de acuerdo a las normas pertinentes que existan o se dicten en lo sucesivo, al decomiso y destrucción de los productos o mercaderías inaptas para el consumo, así como de las cosas y animales que puedan ser vehículo de contagio, o que por su estado sanitario, constituyan un peligro para la salud común.

ORGANIZACION

Art. 4.º — La Dirección Nacional de Salud Pública será ejercida por un Director Nacional designado por el Poder Ejecutivo, durará seis (6)

años en sus funciones y deberá ser ciudadano nativo, doctor en medicina y poseer reconocida experiencia en cuestiones de Salud Pública y asistencia médico-social.

No podrá ejercer otras funciones oficiales o privadas, salvo la atención directa de enfermos, las de la docencia universitaria y las inherentes a los cargos científicos y honoríficos que se le hubieren conferido o se le confieran en adelante.

Art. 5.º — A los fines de integrar el personal superior de la institución, la Dirección Nacional de Salud Pública contará con una Secretaría General, un Inspector General y un Asesor Letrado. La Secretaría General estará constituída por dos (2) secretarios que tendrán a su cargo, uno, todo lo que relacione con Higiene, Asistencia y Medicina Preventiva, y el otro, Medicina Fiscal y Administración.

Art. 6.º — Además de los funcionarios y cargos establecidos en el artículo anterior, la Dirección Nacional de Salud Pública contará: cuatro Departamentos que se denominarán:

DE HIGIENE Y PROFILAXIS GENERAL.
DE ASISTENCIA MEDICA Y MEDICINA PREVENTIVA.
DE MEDICINA FISCAL.
DE ADMINISTRACION.

Art. 7.º — En caso de ausencia o impedimento del Director Nacional, asumirá sus funciones el Secretario General que éste designe, y, a falta de delegación expresa, el de mayor antigüedad.

Art. 8.º — La Dirección Nacional de Salud Pública atenderá sus gastos con los créditos que le asigne anualmente el Presupuesto General de la Nación para su funcionamiento y para la ejecución del Plan Nacional de Sanidad.

Art. 9.º — Dispondrá, además de los recursos provenientes de:

a) La venta de productos medicinales y otros que elaboren.
b) Los derechos de análisis.
c) Los derechos por servicios prestados
d) Las multas que se apliquen por transgresión a disposiciones sanitarias
e) Los legados y donaciones
f) La venta de materiales, rezagos y demás cosas en desuso

Estos recursos ingresarán a una cuenta especial cuya apertura y régimen determinará el Poder Ejecutivo.

Art. 10. — Sin perjuicio de las funciones que le asignen otras disposiciones legales, son atribuciones y deberes del Director Nacional de Salud Pública:

a) Cumplir y hacer cumplir las leyes y decretos.
b) Ejercer la representación administrativa y legal de la Dirección Nacional de Salud Pública.
c) Proponer los reglamentos que deba dictar el Poder Ejecutivo en cumplimiento de las leyes vigentes y dictar los internos que fueren necesarios.

d) Llevar el inventario general de todos los bienes pertenecientes a la Entidad y tener depositados en el Banco Central de la República, los fondos en títulos o en efectivo.

e) Proponer al Poder Ejecutivo los convenios que sean necesarios celebrar con las provincias.

f) Proponer al Poder Ejecutivo los convenios a celebrarse con las autoridades municipales que correspondan según las leyes provinciales respectivas.

g) Celebrar contratos de locación de bienes inmuebles.

h) Celebrar contratos para la adquisición de materiales o ejecución de obras con licitación pública y sin ella, hasta un máximo de $ 2.500.— m/n. En las reparaciones y conservación de los edificios e instalaciones existentes podrá realizar las obras o trabajos por vía administrativa, por administración contratada o por licitación pública.

i) Administrar los bienes e instalaciones pertenecientes a la Dirección Nacional de Salud Pública.

j) Representarla en juicio, sea como demandante o como demandada y transigir y celebrar arreglos judiciales o extrajudiciales, pudiendo conferir poderes para las tramitaciones judiciales que sean necesarias.

k) Aceptar legado y donaciones.

l) Elevar al Ministerio del Interior anualmente, el proyecto de Prepuesto de la Dirección Nacional de Salud Pública.

m) Fijar los precios o derechos a cobrarse por las cosas que suministre o los servicios que preste la Dirección Nacional de Salud Pública cuando así corresponda.

n) Proponer al Poder Ejecutivo, el nombramiento del personal técnico y administrativo del Item I y nombrar ascender y remover al personal del Item II y III, de la Ley General de Presupuesto como así ejercer las facultades disciplinarias sobre los mismos y concederles licencias conforme a las reglamentaciones en vigor.

o) Resolver, cuando así corresponda, la aplicación de multas, su exoneración o reducción.

p) Autorizar con su firma las comunicaciones oficiales, resoluciones, escrituras y todo otro documento que requiera su intervención.

q) Adoptar las medidas cuya urgencia no admita dilación dando cuenta de ellas al Poder Ejecutivo.

r) Resolver la suspensión, caducidad o rehabilitación de los subsidios acordados en los casos que así procediere debiendo informar de inmediato al Poder Ejecutivo.

s) Proponer al Poder Ejecutivo los representantes ante los organismos permanentes y los congresos y conferencias internacionales de sanidad.

t) Requerir directamente el auxilio de la fuerza pública en caso necesario para el mejor cumplimiento de su misión.

u) Delegar todas o parte de sus facultades en cualquiera de los funcionarios citados en el art. 6.º.

DE LA AYUDA FEDERAL

Art. 11. — La Dirección Nacional de Salud Pública distribuirá las sumas materiales y demás ayuda con que el Poder Ejecutivo contribuya a Obras y Servicios de las Administraciones provinciales de Salud Pública y Asistencia Médica, con sujeción a lo establecido en el presente estatuto.

En la Ayuda Federal a las provincias no se comprenden los subsidios a otras entidades situadas en sus territorios, los cuales se distribuirán y entregarán a los Establecimientos respectivos directamente por la Dirección Nacional de Salud Pública.

Art. 12. — La ayuda Federal será distribuída con sujeción a las siguientes bases:

a) Con participación de recursos para Salud Pública y Asistencia Médico-Social. No se acordará ayuda Federal a la provincia que no destine en su presupuesto un fondo que a juicio de la Dirección Nacional de Salud Pública, sea adecuado para la salud pública y asistencia médico-social mantenido con recursos propios.

b) Creación o existencia de un organismo provincial debidamente organizado para dirigir lo relativo a higiene, salud pública, médica y asistencia médico-social en la provincia.

Art. 13. — Toda provincia que desee acogerse a los beneficios de la Ayuda Federal establecida en este decreto, deberá hacerlo por ley provincial que servirá de convenio entre la provincial y la Nación, bajo las siguientes condiciones:

a) Ajustarse al cumplimiento de lo establecido en los incisos a) y b) del artículo anterior.

b) Participar por intermedio de las autoridades sanitarias provinciales en la conferencia anual de Directores de Salud Pública.

c) Proveer lo conducente a la aplicación de las leyes sanitarias nacionales y a la ejecución del Plan Nacional de Sanidad.

d) Asegurar la estabilidad del personal médico provincial.

e) Organizar un servicio de estadística concordante con las directivas que imparte la Dirección Nacional de Salud Pública.

f) Someter las obras o servicios que reciban la ayuda Federal a las inspecciones que determine la Dirección Nacional de Salud Pública con los reglamentos vigentes.

Art. 14. — Se considerará que no se han acogido al presente decreto las provincias que no cumplan las disposiciones establecidas en los artículos 12 y 13 y no recibirán por lo tanto los beneficios de la ayuda Federal.

Art. 15. — Las provincias que lo desearen podrán encomendar a la Dirección Nacional de Salud Pública, la organización o la Dirección o Administración de sus servicios de salud pública la que asumirá todas las obligaciones mediante convenios especiales debidamente ratificados por

los poderes provinciales y nacionales que corresponda. La duración del convenio no podrá exceder de cuatro (4) años.

Art. 16. — Las sumas acordadas a cada provincia deberán ser invertidas exclusivamente en los fines especificados en las leyes respectivas y en este Decreto de conformidad a los planes acordados previamente entre las autoridades sanitarias de cada provincia y la Dirección Nacional de Salud Pública.

Art. 17. — Las provincias rendirán cuenta anualmente de los trabajos efectuados con la ayuda Federal, si así no lo hicieren la Dirección Nacional de Salud P»blica, con autorización del Poder Ejecutivo le suspenderá dicha ayuda nacional.

Art. 18.— Por lo menos una vez cada año, la Dirección Nacional de Salud Pública invitará a las autoridades sanitarias de las provincias a reunirse en congresos para tratar los temas establecidos en el artículo siguiente.

Art. 19. — Estos congresos se realizarán en el lugar previamente indicado por la Dirección Nacional de Salud Pública, y deliberarán únicamente sobre las cuestiones que ésta les someta, a su iniciativa o a propuesta de las autoridades invitadas, debiendo considerar siempre la actividad desarrollada, los resultados obtenidos, las necesidades en materia de salud pública y las cuestiones relativas a la ayuda Federal.

Art. 20. — Cada provincia enviará un delegado. La Dirección Nacional de Salud Pública estará representada por los Jefes de los Departamentos técnicos que indique el Director Nacional quien presidirá los congresos, pudiendo ser substituído por uno de los Secretarios Generales mencionados en el artículo 5.°.

Las decisiones de los congresos serán aprobadas por simple mayoría de votos de los delegados provinciales presentes y tendrán el valor de recomendaciones a las autoridades nacionales y provinciales. Los representantes de la Dirección Nacional de Salud Pública no tendrán voto pero, en cada caso, podrán dejar constancia fundada de sus opiniones.

Art. 21. — La Dirección Nacional de Salud Pública formulará un plan nacional de sanidad y adoptará las disposiciones necesarias para su cumplimiento, en todo el territorio de la Nación. Podrá ampliarlo cuando lo juzgue necesario dentro de las materias enumeradas en el artículo siguiente.

Art. 22. — Formarán parte del Plan Nacional de Sanidad:

1.° La organización de la lucha contra el cáncer, las cardiopatías, las enfermedades transmisibles o contagiosas y especialmente contra el cólera, la peste (bubónica, neumónica y septicémica), la fiebre amarilla, la viruela, el tifus exantemático, la difteria, el sarampión, la escarlatina, la coqueluche, la fiebre tifoidea e infecciones paratifoideas, la fiebre recurrente, la meningitis cerebro-espinal, la encefalitis letárgica o epidémica, la poliomielitis (parálisis infantil o enfermedad de Heine-Medin), la disentería

epidémica, la gripe epidémica, el dengue, la tuberculosis, la lepra, el carbunclo, la rabia, la fiebre puerperal, las oftalmías purulentas, el tracoma, la parotiditis y toda otra afección.

2.° La organización de los medios con los cuales se persigue la solución de los problemas médicos relativos a maternidad e infancia, edad pre-escolar y adolescencia, nutrición hemo y plasmoterapia.

3.° Las demás materias sanitarias que determine el Poder Ejecutivo.

De los subsidios a entidades privadas

Art. 23. — Los subsidios que se acuerden a entidades privadas que tengan por fines la higiene, la medicina preventiva y curativa, serán distribuídos por la Dirección Nacional de Salud Pública. Para gozar de dichos subsidios las entidades privadas deberán someterlos a los reglamentos que dicten para su funcionamiento.

Art. 24. — Las entidades subvencionadas no podrán dar a los subsidios otro destino que aquel para el cual fueron acordados. Cuando en el subisdio no se especifique el destino a darse a los fondos, se entenderá que son para gastos de sostenimiento.

También podrán ser invertidos en pequeñas separaciones de locales, mejoras en las instalaciones y adquisiciones de instrumental y útiles, previa autorización de la Dirección Nacional de Salud Pública.

Art. 25. — Sin perjuicio de las inspecciones que practique, la Dirección Nacional de Salud Pública podrá exigir a las entidades subvencionadas todas las informaciones que crea conveniente, y la presentación de su presupuesto de recursos y gastos.

Art. 26. — La suspensión o caducidad del subsidio se decidirá previo sumario administrativo y por constancia de anormalidades comprobadas, que a criterio del Director Nacional de Salud Pública, justifiquen tal medida.

Art. 27. — En el supuesto caso que se decidiera la suspensión o caducidad del subsidio, de acuerdo a lo establecido en el artículo anterior, el Director Nacional, tomará las medidas necesarias, incluso la intervención de la entidad y suspensión de sus autoridades normales, a efecto de evitar la posible interrupción de los servicios necesarios para la atención de los beneficiarios de la entidad.

Art. 28. — No será causa de suspensión ni de caducidad de los subsidios acordados a entidades no pertenecientes a la administración Provincial, la circunstancia de que la provincia en que tengan su sede o donde presten servicios, no se haya acogido al régimen de ayuda Federal.

Disposiciones generales

Art. 29. — La Dirección General de Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires, y la Sociedad de Beneficencia de la Capital, se ajustarán en la Dirección de los Establecimientos a su cargo, a las disposiciones legales vigentes, quedando sometidas a

las directivas técnicas que le dicte la Dirección Nacional de Salud Pública, de acuerdo a lo que dispone el artículo 4.º del Decreto N.º 21.901|44.

Para crear o fundar nuevos establecimientos o ampliar los existentes, deberán contar con la previa aprobación de la Dirección Nacional de Salud Pública.

La Dirección Nacional de Salud Pública ejercerá directamente el control de los servicios técnicos de ambas reparticiones, a los fines de constatar si se da cumplimiento a las directivas que imparte, a cuyos efectos queda facultada para destacar permanente o accidentalmente inspectores en los distintos establecimientos dependientes de las reparticiones mencionadas.

Cuando la Dirección Nacional de Salud Pública, bien sea directamente o por intermedio de sus funcionarios, comprobara fallas o deficiencias en los servicios, omisión o incumplimiento a las directivas técnicas por ella impartida, lo pondrá en conocimiento del Ministerio del Interior, según corresponda, a los fines de que se adopten las medidas y previsiones del caso que estime corresponder.

Art. 30. — En los casos previstos en el artículo 5.º del decreto número 21.901 (entidades mixtas) las respectivas jurisdicciones se deslindarán por acuerdo en la forma que se reglamente.

Art. 31. — Quedan especialmente sometidos a la vigilancia de la Dirección Nacional de Salud Pública, todos los servicios médicos y entidades afines a la Asistencia Médico-Social de:

a) Las asociaciones mutuales.
b) Las empresas u organizaciones privadas obligadas por ley a prestar asistencia médica a su personal.
c) Las empresas u organizaciones privadas que teniendo servicio médico sin estar obligadas a ello por ley, hagan participar a su personal en el sostenimiento de aquél.

Art. 32. — Las entidades comprendidas en el artículo precedente dictarán un reglamento para el funcionamiento de sus servicios médicos, que deberá ser sometido a la aprobación de la Dirección Nacional de Salud Pública.

Art. 33. — El personal, material y demás elementos técnicos y administrativos de los organismos y servicios que se le incorporen pasan a la Dirección Nacional de Salud Pública, la que asume todas las funciones, deberes y atribuciones a ellos asignadas.

Art. 34. — Con excepción de las multas, los demás créditos de la Dirección Nacional de Salud Pública, se cobrarán por la vía de apremio establecida en el Título XV de la Ley Nacional N.º 50.

Art. 35. — Los bienes de la Dirección Nacional de Salud Pública, sus operaciones y contratos, quedan exonerados del pago de impuestos y tasas retributivas de servicios nacionales, provinciales o municipales.

Art. 36. — Dentro de los treinta días de la fecha de este decreto, la Dirección Nacional de Salud Pública, propondrá al Poder Ejecutivo las normas a que deberá ajustarse el reconocimiento médico periódico en el

país y la fiscalización de su cumplimiento y estudiará y reglamentará con el propósito de metodizar el régimen técnico administrativo de la Dirección Nacional de Salud Pública.

Art. 37. — Comuníquese, publíquese, dése al Registro Nacional y archívese.

FARREL.
Alberto Teisaire.

Con el fin de hacer efectivos los deberes y atribuciones establecidos para la Dirección Nacional de Salud Pública y de aplicar sanciones a toda infracción a las disposiciones de su estatuto, el Poder Ejecutivo dicta, con fecha 26 de diciembre de 1944, un decreto, en acuerdo general de ministros, que dispone la supresión del Departamento Nacional de Higiene y de las distintas Direcciones y Comisiones creadas por Leyes de la Nación, pasando todos a depender de la Dirección Nacional de Salud Pública. He aquí su texto:

Buenos Aires, 26 de diciembre de 1944.

CONSIDERANDO:

Que el Poder Ejecutivo al establecer las atribuciones y deberes de la Dirección Nacional de Salud Pública le ha conferido las que hasta el presente tenían a su cargo el Departamento Nacional de Higiene y las distintas Direcciones y Comisiones que funcionaban bajo su dependencia en virtud de lo dispuesto en el artículo 3.° del decreto N.° 12.311, de fecha 21 de octubre de 1943, motivo por el cual y a efectos de evitar la superposición de funciones corresponde se proceda a la supresión de los citados organismos.

Que, por otra parte, debe asimismo proveerse las sanciones a aplicarse como consecuencia de las infracciones a las disposiciones del estatuto de la Dirección Nacional de Salud Pública.

Por ello,

El Presidente de la Nación Argentina, en acuerdo general de ministros—

DECRETA:

Artículo 1.° — Quedan suprimidos el Departamento Nacional de Higiene y las distintas Direcciones y Comisiones creadas por leyes de la Nación y que funcionaban bajo la dependencia de la Dirección Nacional de Salud Pública, las funciones, deberes y atribuciones asignadas a estas entidades por las leyes y decretos respectivos, quedan a cargo de la Dirección Nacional de Salud Pública, a la que se le incorporarán sus recursos, fondos y demás bienes en las formas previstas en el decreto número 12.311 de fecha 21 de octubre de 1943. El personal de las mismas, con sus sueldos actuales, será mantenido en sus funciones o en las que se resuelva asignarle en la fecha.

Art. 2.° — Toda infracción a las disposiciones del estatuto de la Dirección Nacional de Salud Pública (decreto N.° 31.589|44), será repri-

mida con multas de un mil pesos ($ 1.000.— m/n.) o arresto por treinta (30) días, según la importancia de la infracción y sin perjuicio de la responsabilidad administrativa o penal que el hecho implique.

Art. 3.º — Comuníquese, publíquese, dése al Registro Nacional y archívese.

Decreto N.º 34.640|44.

FARRELL. — *A. Teisaire.* — *Orlando Peluffo.* — *César Ameghino.* — *R. Etcheverry Boneo.* — *J. D. Perón.* — *J. Pistarini.*

De conformidad con la estructuración aprobada por Decreto del Poder Ejecutivo del 30 de noviembre de 1944, la Dirección Nacional de Salud Pública, a los fines de determinar las funciones del personal de la repartición y especificar las directivas técnicas y administrativas, dictó, con fecha 16 de junio de 1945, una resolución por la cual da a conocer la nueva organización instituída para sus servicios y la relación de dependencia existente entre ellos. A continuación se inserta dicha organización:

Del Director Nacional de Salud Pública dependen:

Asuntos Internacionales.
Comisión de Farmacopea.
Coordinación de Defensa Antiaérea Pasiva.
Código Bromatológico.
Asesoría Letrada.
Mesa General de Entradas y Archivo.
Secretaría del Director.
Inspección General.

Del Director Nacional de Salud Pública por intermedio de la Secretaría del Director dependen:

Oficina Central de Personal.
Instituto Bacteriológico.
Instituto de Química.
Instituto de la Nutrición.
Oficina de Difusión y Educación Sanitaria.
Bio-estadística y Geografía Médico-social.
Biblioteca.
Publicaciones.

De la Primera Secretaría General dependen.

I) Departamento de Asistencia Médica y Medicina Preventiva.
 a) División Central.
  Centro de Medicina Preventiva.
  Hospitales y Dispensarios.
  Hemoterapia.
  Oficina de Subsidios.

b) División del Interior.
Delegación Regional del Norte.
Delegación Regional del Oeste.
Delegación Regional del Este.
Delegación Regional del Sur.

Ayuda Federal.

c) División Enfermedades Sociales.
Lucha contra la Tuberculosis.
Leprología.
Venereología.
Alienación Mental y Toxicomanías.
Rehabilitación del Inválido.
Reumatología, Enfermedades Cardio-vasculares y Neplasias.

d) División Maternidad e Infancia.
Infancia.
Maternidad.
Odontología.
Higiene Prenatal e Infantil.
Higiene Preescolar y Escolar Primaria.

II) Departamento de Higiene y Profilaxis General.

a) División de Higiene.
Higiene Escolar Secundaria y Especial.
Cultura Física, Colonias de Vacaciones y Estaciones de Reposo.
Higiene Industrial y Patología del Trabajo.
Higiene de la Vivienda y Saneamiento Urbano-rural.
Higiene de Transportes.
Climatología y Aguas Minerales.
Ingeniería Sanitaria.
Hidatidosis y Enfermedades Parasitarias.
Higiene de la leche.

b) División de Paludismo y Endemias Regionales.
Paludismo.
Anquilostomiasis.
Parasitosis Regionales.
Pestilenciales.

c) División de Epidemiología.
Información, Estadística y Control de Enfermedades Transmisibles.
Investigaciones Etiopatogénicas y Experimentales.
Inmunoprofilaxis y Distribución de Productos Biológicos.
Peste y Enfermedades Transmisibles por Roedores.
Tracomas y Oftalmías Infecciosas.

De la Segunda Secretaría General dependen:

I) Departamento de Medicina Fiscal.

a) División de Deontología Sanitaria.
Ejercicio de la Medicina y Profesiones Conexas.
Control de Estupefacientes.
Arancel y Fiscalización de Productos Medicinales.

b) División de Reconocimientos Médicos.
Juntas Médicas.
Electrorradiología.
Otorrinolaringología
Oftalmología.
Cardiología.
Neuropsiquiatría.
Traumatología.
Licencias.

II) Departamento de Administración.

a) División Secretaría Económico-Social.
Presupuesto y Contralor Financiero.
Estadística y Gastos.
Producción y Consumo.

b) División Contaduría.
Teneduría de Libros e Intervenciones.
Rendiciones de Cuentas.
Contabilidad Patrimonial.
Liquidaciones.

c) División Tesorería.
Ingresos.
Pagos y Depósitos.

d) División Compras Suministros y Talleres.
Compras y Licitaciones.
Suministros y Control de Existencias.
Talleres e Imprenta.

Por resolución de la Dirección Nacional de Salud Pública de fecha 29 de setiembre del mismo año se dispuso que la Sección Higiene de los Transportes se denomine en lo sucesivo Sección Higiene de los Transportes y Sanidad de Fronteras.

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Consecuente con sus propósitos de justicia social y de dar al país una planificación integral de todas las actividades, y en consonancia con la evolución progresiva de los organismos que tienen la elevada función estatal de tutelar la salud pública y de mejorar el capital humano, el gobierno revolucionario por decreto dictado en acuerdo general de Ministros, con fecha 23 de mayo de 1946, crea la Secretaría de Salud Pública con categoría de Se-

cretaría de Estado, asignándole al funcionario superior la jerarquía de Ministro.

Desde este momento histórico para nuestra organización sanitaria, el Estado asume el control de la salud de la población en toda la República. La creación de este organismo sanitario tan poderoso, que lo coloca a la altura de sus similares en otros grandes países, quedará complementada con la sanción de un Código Sanitario Nacional que precise y amplíe sus funciones y que reordene, perfeccione, actualice y complete la organización vigente, tal como lo dispone acertadamente el precitado decreto.

He aquí el texto del mismo:

DECRETO CREANDO LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA

CONSIDERANDO:

Que la vigilancia y atención de la salud del pueblo, como función de gobierno, plantea diversos y muy graves problemas de índole individual y social que este gobierno ha afrontado con decisión, dando mayor vigor, amplitud y jerarquía y medios de acción al antiguo Departamento Nacional de Higiene, hoy Dirección Nacional de Salud Pública;

Que no obstante la nueva organización y los recursos de que se ha dotado a dicha dependencia del Estado, ésta no dispone todavía de los instrumentos y las facultades indispensables para dar solución eficiente y nacional a aquellos ingentes problemas de gobierno;

Que uno de los más arduos y apremiantes consiste en hacer accesible el auxilio de la asistencia médica preventiva y curativa a todos los habitantes del país, cualesquiera sean sus recursos y las dificultades impuestas por las distancias o la falta de medios de transporte;

Que la satisfacción del tal exigencia, impuesta por el moderno concepto del Estado y sus funciones que impera en los países más adelantados del orbe, y en cuya virtud la asistencia médica del indigente ha dejado de ser una obra de beneficencia fundada en los dictados de la caridad para convertirse en una obligación del Estado para con sus súbditos, requiere una racional y adecuada distribución de los profesionales en toda la extensión del país, y ello importa, a su vez, la necesidad de asegurar a estos últimos una remuneración digna y razonable, supliendo de tal modo la escasez o falta de recursos de los pacientes.

Que el mismo problema plantea, en su aspecto social, la necesidad de formular y hacer efectivo un plan de amplias perspectivas, a fin de asegurar la prevención de las enfermedades o evitar su extensión, extirpando las endemias regionales y las epidemias periódicas que aun se manifiestan en nuestro país;

Que sobre la base de una justa previsión financiera puede considerarse factible la vigilancia y la atención integral de la salud del pueblo, mediante la construcción de hospitales y dispensarios y la prestación de asistencia médica llevada a las clases modestas; y es incluso posible alcanzar el ob-

jetivo ideal de que no exista en el país un solo habitante privado de auxilio médico, rápido y eficaz;

Que ante la magnitud de los problemas esbozados en los considerandos que anteceden sobre asistencia médica individual y social, la necesidad de intensificar el saneamiento del territorio y vigilar celosamente las reservas biológicas de la población, es evidentemente imperiosa la necesidad de dotar al organismo encargado de estudiar y resolver tales fundamentales cuestiones de la autonomía y la independencia precisas para que pueda desenvolver su acción en forma expeditiva y eficaz;

Que la creación de un ministerio de salud pública que abarque el despacho de todos los asuntos relacionados con tan importante y vital función de gobierno, constituye una aspiración general cuya satisfacción se hace ya impostergable;

Que hasta tanto el H. Congreso estudie y considere la necesidad de reajustar la distribución de funciones entre los diversos ministerios, es factible asignar a la actual Dirección Nacional de Salud Pública la categoría de Secretaría de Estado, sin perjuicio de respetar la cláusula constitucional que establece un determinado número de ministros secretarios con facultad para refrendar y legalizar los actos del Poder Ejecutivo:

Por ello,

El Presidente de la Nación Argentina, en Acuerdo General de Ministros

DECRETA:

Artículo 1.° — Créase la Secretaría de Salud Pública, dependiente de la Presidencia de la Nación, la cual tendrá a su cargo el estudio, manejo y despacho de los asuntos actualmente a cargo de la Dirección Nacional de Salud Pública, y los afines que separadamente se le atribuyan.

Art. 2.° — El Secretario de Salud Pública tendrá jerarquía de ministro secretario de Estado.

Art. 3.° — Los actos del Poder Ejecutivo correspondientes al despacho de la Secretaría de Salud Pública, serán ordinariamente refrendados por el Ministro del Interior.

Art. 4.° — La Secretaría de Salud Pública elaborará un proyecto de ley orgánica de la materia, en la cual se precisen y extiendan sus funciones con arreglo a los propósitos expuestos en los considerandos precedentes, reordenando y reajustando a tal efecto la legislación sanitaria, y arbitrando los recursos necesarios para el desenvolvimiento de su acción.

Art. 5.° — Hasta tanto se proyecte y sancione dicha ley la Secretaría de Salud Pública se regirá por y aplicará en lo pertinente las disposiciones legales, reglamentarias y resoluciones actualmente en vigor en materia sanitaria.

Art. 6.° — El personal que actualmente depende de la Dirección Nacional de Salud Pública pasará a formar parte de la Secretaría de Salud Pública, quedando ampliamente autorizada para reordenar la distribución, nomenclatura y funcionamiento de las oficinas con arreglo a la nueva estructura del organismo, en forma de asegurar su acción armónica y eficiente.

Art. 7.º — Los bienes y demás elementos de propiedad del Estado actualmente destinados al cumplimiento de los fines de la Dirección Nacional de Salud Pública, en los sucesivo quedarán afectados al servicio de la Secretaría que se crea por el Art. 1.º del presente decreto.

Art. 8.º — Los fondos actualmente en poder de la Dirección Nacional de Salud Pública, como así también los saldos disponibles de los réditos de presupuestos, cuentas especiales, etc., serán transferidos a la Secretaría de Salud Pública.

Art. 9.º — Comuníquese, publíquese, dése al Registro Nacional, dése cuenta al H. Congreso y archívese.

FARRELL. — *Felipe Urdapilleta.* — *J. I. Cooke.* — *Amaro Avalos.* — *J. M. Astigueta.* — *J. Pistarini.* — *H. Sosa Molina.* — *A. Pantín.* — *P. Marotta.* — *H. Russo.* — *R. Lagomarsino.* — *B. de la Colina.*

Decreto 14.807/46

DISCURSO DEL Sr. VICEPRESIDENTE DE LA NACION Y MINISTRO DE OBRAS PUBLICAS, GENERAL DE EJERCITO JUAN PISTARINI, AL PONER EN POSESION DE SU CARGO AL SECRETARIO DE SALUD PUBLICA

«Cuando el Gobierno Revolucionario se hizo cargo de la dirección de la República, emprendió desde el primer día la lucha por la defensa de los dos baluartes en que descansa la felicidad del pueblo: me refiero al trabajo y a la salud.

Hasta entonces la rutina y los intereses creados impedían la realización de cualquier plan serio para elevar el «standard» de vida o el nivel sanitario de la población. El cumplimiento de esas dos fundamentales funciones de Estado estaba relegado a inadecuados y vetustos organismos oficiales carentes de jerarquía y de medios eficaces para combatir con éxito la pobreza y la enfermedad.

A fin de acabar con ese estado de cosas se creó en primer término la Secretaría de Trabajo y Previsión, cuyo establecimiento marca una nueva época en la historia de los trabajadores argentinos.

Hoy le toca el turno a la Secretaría de Salud Pública, que tendrá la misión de completar la obra iniciada poco después del 4 de junio, y que empieza con la transformación del viejo Departamento Nacional de Higiene en la Dirección Nacional de Salud Pública.

Hace cerca de tres años que veníamos dotando a esta dependencia del Estado de mayores recursos y facultades para que pudiera llevar con eficiencia el auxilio de la asistencia médica preventiva y curativa a todos los habitantes del país; pero eso no bastaba aún para dar solución nacional a este ingente problema de Gobierno. Era necesario crear la Secretaría de Salud Pública, dándole a su jefe la jerarquía de Ministro.

Investido de tan alta autoridad, este Secretario de Estado será el eficaz y celoso guardián de la salud del pueblo y en particular de la vida de

esos núcleos de habitantes que han debido soportar una verdadera vía crucis en su resistencia contra la epidemia, el estero y la fiebre.

La ofensiva contra la enfermedad adquirirá contornos nacionales y la asistencia médica al individuo dejará de ser una obra de beneficencia librada a la buena voluntad de los filántropos, para convertirse en una primordial obligación del Estado para con sus ciudadanos, concepto que predomina en todas las naciones de civilización avanzada.

La exigencia más imperiosa de la hora actual en la Argentina es hacer a su pueblo sano y fuerte para que no padezca la depresión engendrada por la debilidad orgánica que roe la vida.

Entrar al terreno de las iniciativas concretas y dar fuerza fecunda a esta campaña, será la obra del distinguido Ministro que el Gobierno de la Revolución ha elegido para que ejecute esos designios.

El doctor Ramón Carrillo, es un destacado hombre de ciencia formado en la escuela del sacrificio y del deber, virtudes esenciales de los varones dirigentes en las verdaderas democracias.

Laureado por dos veces con medalla de oro al término de sus estudios de bachiller y de doctor en medicina, su prestigio intelectual se ha consagrado posteriormente a través de una brillante labor profesional y el patriotismo de su corazón se puso a prueba en la abnegada lucha librada con su participación predominante, para mantener incólume la pureza de la Universidad frente a todas las influencias políticas que en vano han tratado de desnaturalizarla.

Al entregar en nombre del Excmo. señor Presidente de la Nación al Doctor Ramón Carrillo la posesión del cargo de Secretario de Salud Pública, lo hago con la seguridad de que escribirá una página de honor en su vida ciudadana.

DISCURSO DEL DOCTOR RAMON CARRILLO, AL TOMAR POSESION DEL CARGO

Excmo. Señor Presidente de la Nación,

Señores Ministros,

Señores:

«Al asumir el cargo de secretario de Salud Pública, con el rango de Ministro de Estado, debo expresar mi profunda gratitud al excelentísimo señor Presidente de la Nación, por haberme honrado con tal designación.

Mi agradecimiento, en este sentido personalísimo, alcanza también, por supuesto, a todos los señores Ministros, porque todos han concurrido con su acuerdo a hacerme objeto de una distinción tan alta como desproporcionada con mis merecimientos.

Pero hay aún otro concepto de orden general, que me obliga, asumiendo circunstancialmente la representación de la Medicina Argentina y de todas sus ramas, a referirme al excelentísimo señor Presidente electo, general de brigada don Juan D. Perón, a quien le corresponde, en inspiración, la paternidad de esta creación que es la Secretaría de Salud Pública,

jerarquizada en ministerio de Estado, con lo cual ha venido a cumplirse recién ahora un unánime anhelo de la clase médica, ya alentada en los tiempos del primer presidente del Departamento Nacional de Higiene, doctor Pedro Pardo, de Penna, de Rawson, de Ayerza, de Pirovano y de Güemes, por no hablar sino de los grandes precursores desaparecidos.

De ahí que toda la clase médica y desde luego el pueblo de la Nación, que será el beneficiario de esta innovación institucional, quedemos obligados para con el líder de la revolución del 4 de Junio de 1943, general de brigada don Juan D. Perón, por haber recogido e impulsado a su realización aquel antiguo anhelo que también hallara eco en Hipólito Irigoyen, quien, con su gran sensibilidad para las necesidades populares, durante su primera presidencia, había encomendado al doctor Agudo Avila la planificación del Ministerio de Salud Pública.

La idea fracasó entonces por miramientos formales derivados del enunciado limitativo de ministerios en el texto constitucional con determinación de sus respectivos ramos, frustrándose así, paradojalmente, una iniciativa que venía impuesta por el mismo preámbulo de la Constitución, en cuanto declara propósito esencial de la organización estatal el velar por el bienestar colectivo.

El Poder Ejecutivo de la Nación ha atendido, pues, esa postulación constitucional al resolver, en acuerdo general de Ministros, que la Secretaría de Salud Pública tenga el poder y las atribuciones suficientes para organizar la defensa de la salud pública y propender a la formación de un pueblo fuerte, sano y útil.

No podemos estar atentos, únicamente, a reponer la salud de los enfermos o a compensar la de los débiles, lo cual es, en efecto, un deber del Estado y de la sociedad, pero tanto o más imperioso es aún dedicarse a los sanos para su preservación y para favorecer su normal desarrollo.

La Secretaría de Trabajo y Previsión ha producido ya, de su parte, el saludable efecto de levantar el «standard» de vida y de mejorar las condiciones externas de vida de los trabajadores, que constituyen la masa más numerosa y más necesitada de protección oficial.

Trabajo, vivienda y alimentos sanos, son los comonentes de la salud y de la felicidad del pueblo, y es en ese terreno social donde la medicina está llamada a cumplir su papel más importante, secundando al Estado en sus previsiones protectoras del trabajo humano.

Ningún habitante de la Nación puede estar desamparado por el sólo hecho de carecer de recursos. El dolor y la enfermedad son niveladores sociales; por eso no existirá verdadera justicia social si el pobre no dispone de idénticas posibilidades de curarse que el rico, si no cuenta con los mismos elementos e igual asistencia médica que éste. La urgencia de vigilar el caudal humano de la Nación, no es un problema sentimental, ni es una mera cuestión de filantropía, es un imperativo que resulta de la igualdad de derechos a la vida y a la salud. La medicina, dentro de esta concepción, adquiere su verdadero aspecto y un nuevo sentido la acción del médico, que debe posesionarse profundamente de esa valoración de la

existencia humana, en función de la colectividad. Cada enfermo, cada deficiencia física o mental, cada muerte prematura, es un perjuicio para todos.

No expondré en esta oportunidad el programa de mi Secretaría, pero no puedo menos que indicar someramente los problemas de la salud pública que recién ahora será posible encarar, en condiciones con las que no ha contado mi predecesor el doctor Viera, que tanto ha hecho, sin embargo, entre tantas dificultades, desde el cargo de Director Nacional de Salud Pública.

Mantenemos todavía el régimen individualista de la medicina que contempla la posibilidad de resolver el caso aislado dentro del binomio contractual que configuran el enfermo por un lado y el médico por otro. Las grandes transformaciones sociales del mundo —y el mismo progreso de la medicina— han impuesto la participación de un tercer componente: la sociedad; la sociedad, tan comprometida en la realización del individuo como el mismo individuo.

La desigual distribución en individuos y zonas geográficas de la riqueza, ha influído para que los profesionales de la medicina se distribuyan también en forma desigual, concentrándose allí donde es mayor el porcentaje de habitantes capaces de pagar asistencia médica libremente convenida, lo que origina plétora profesional en la Capital Federal, por ejemplo, donde existe un médico por cada 381 habitantes, contra un médico cada 4.350 en el interior de la República.

La medicina curativa de las clases no pudientes, en virtud de ese régimen individualista tradicional, se funda principalmente en el principio de la caridad cristiana, base sentimental que resulta ya anacrónica, socialmente insuficiente y moralmente disminutiva de la personalidad humana.

En cuanto a la medicina preventiva, ella sólo beneficia hoy por hoy a muy pequeños núcleos de población, siendo así que debe dirigirse a las grandes masas humanas y actuar permanentemente en su mismo medio.

La solución de los problemas que acabo de apuntar, requiere un plan racional y la acción exclusiva de un organismo estatal poderoso.

Así lo han entendido los países más adelantados de Europa y América, que cuentan con Ministerios de Salud Pública desde hace mucho tiempo: Inglaterra y Canadá desde 1919, Francia desde 1920, Chile desde 1924, Ecuador desde 1930, Colombia desde 1931, Alemania, Brasil y México desde 1934, Costa Rica desde 1936, y desde poco más tarde Paraguay, Perú, Turquía, Uruguay, Venezuela, etc.

Estas referencias bastan por sí mismas para justificar de sobra la medida que ha tomado el Gobierno de la Nación, en virtud de la cual la Argentina se ha puesto a la par de los demás países cultos del mundo.

Mediante la sanción de una ley orgánica de salud pública y de un Código Sanitario, daremos oportunamente el primer paso importante hacia la unificación de los servicios médicos que tiene que ser una obra forzosamente lenta, paulatina y llevada adelante sin apresuramientos y sin improvisaciones.

Para terminar, quiero decir dos palabras sobre el personal sanitario. Entiendo que el personal técnico debe escalafonarse en forma tal de obtener su dedicación total a las tareas especializadas que son específicas de esta Repartición. El personal auxiliar y obrero —que por la índole de su trabajo está expuesto a riesgos muy serios— debe también escalafonarse con un criterio amplio y generoso, pues su colaboración tiene un valor inapreciable para los servicios.

Ya dije antes que la revolución argentina ha venido en esta, como en otras materias, a poner por obra el pensamiento de los Constituyentes de 1853, tan pródigo en previsiones que durante largos años fueron una vana promesa para sus destinatarios.

He aquí a una continuidad ideal, que la historia destacará algún día, cuando escriba la página de estos días apasionados, apasionados porque una gran pasión ha encarnado en un hombre que quiere servir abnegadamente a su pueblo».

Durante el curso del año 1946, el Superior Gobierno remitió al H. Congreso de la Nación los decretos dictados por el Poder Ejecutivo, desde el 4 de junio de 1943 hasta el 3 de junio de 1946, para su ratificación. Previo despacho de su Comisión de Negocios Constitucionales, el H. Senado aprueba en su sesión de agosto 29 de 1946 (37.ª Reunión - 32.º Sesión Ordinaria), entre otras disposiciones sobre materia de salud pública y asistencia social, el Decreto 14.807 del 23 de mayo de 1946, que crea la Secretaría de Salud Pública, dependiente de la Presidencia de la Nación.

Al considerarlo la H. Cámara de Diputados, la Comisión Especial revisora de decretos-leyes sobre ratificación legislativa, emite su dictamen, aconsejando por mayoría, la sanción de un proyecto de ley que incluye veintitrés decretos relacionados con salud pública y asistencia social, entre ellos, el de creación de la Secretaría de Salud Pública. La nómina de dichos decretos es la siguiente:

Decreto 12.311/21-10-43. — Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. (Creación de la).

Decreto 31.589/30-11-44. — Dirección Nacional de Salud Pública. Su acción a todo el país.

Decreto 34.640/26-12-44. — Departamento Nacional de Higiene y direcciones y comisiones creadas por leyes. (Suspensión del). Pasan a depender de la Dirección Nacional de Salud Pública.

Decreto 14.807/23 -5-46. — Secretaría de Salud Pública. (Creación de la).

Decreto 18.524/31-12-43. — Comisión Nacional de Ayuda Escolar. Pasa a la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social.

Decreto 21.306/ 9- 8-44. — Internados Educacionales, o de asistencia social. Su inscripción obligatoria en la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social.
Decreto 3.322/15- 2-45. — Decreto 21.306/44. Su aplicación en todo el país.
Decreto 6.216/10- 3-44. — Medicina y ramas auxiliares. (Ejercicio de la).
Decreto 30.656/15-11-44. — Medicina preventiva y curativa. (Servicios de).
Decreto 16.200/ 4- 6-46. — Medicina preventiva y curativa. Modificación del decreto 30.356/44.
Decreto 13.022/14- 6-45. — Creación de la carrera médica hospitalaria. Modificación del artículo 4.º de la ley 12.262.
Decreto 15.039/13- 6-45. — Vacunación antitifóidica en zonas afectadas. (Obligatoriedad de la).
Decreto 22.839/25- 8-44. — Asistencia dental. (Obligatoriedad de la).
Decreto 19.529/23- 8-45. — Certificados bucodentales. (Expedición de).
Decreto 3.540/12- 2-44. — Toxicomanía. (Denuncia obligatoria de la).
Decreto 10.638/28- 4-44. — Ejercicio de la prostitución. (Modificación de los artículos 15 y 17 de la ley 12.331, que reprime el).
Decreto 13.065/23- 5-44. — Medicamentos autipalúdicos. Exención de derechos.
Decreto 1.192/17- 1-44. — Materiales radiológicos. (Utilidad pública de).
Decreto 31.362/20-11-44. — Materiales radiológicos. Modificación del artículo 1.º del decreto 1.192/44.
Decreto 31.208/ 6-12-45. — Coca. (Importación máxima de).
Decreto 10.233/ 7-10-43. — Drogas y productos medicinales. (Liberación de derechos a substancias para la elaboración de).
Decreto 29.147/26-10-44. — D.D.T. Exención de derechos para el producto.
Decreto 16.765/23- 7-45. — Opio. Ratifica la Convención Internacional del año 1912, el Protocolo del año 1925 y la Convención del año 1931, sobre estupefacientes.

Tratado el despacho de la mencionada Comisión por el cuerpo legislativo, en su sesión de diciembre 4 de 1946 (61.ª y 62.ª Reuniones — 15.ª Sesión Extraordinaria), se origina un amplio debate, del cual se transcriben a continuación, los discursos pronunciados por el miembro informante de la mayoría de la Comisión, señor diputado doctor Oscar E. Albrieu, y por los señores diputados doctores Humberto Messina y Carmelo Barreiro, por estimarse de interés la argumentación y los conceptos que encierran:

Sr. Albrieu. — Señor presidente: la idea de centralizar la salud pública en una organización ministerial, surge en el mundo como un programa de posguerra en 1918 y fueron países como Inglaterra, Francia, Polonia, Checoslovaquia, Yugoslavia, Servia, Austria y Canadá los que la

organizaron primeramente iniciando así la nueva era legal en esta materia.

Fué la guerra misma la que enseñó la importancia que la unidad de comando tiene en la eficacia de los servicios. El concepto de frente único o de comando único tardó en imponerse en la conflagración de 1914 a 1918 y sólo cuando la centralización de los poderes militares pudo hacerse, fué posible el triunfo de las armas aliadas. Esto pasó como un ideal de reconstrucción a todos los órdenes de la administración. Quedó como una ideología de la nueva era iniciada.

Se tenía especialmente interés en la eficacia de los servicios que solo pueden obtenerse con la centralización de los esfuerzos humanos en pro del bienestar de la masa y quedó establecido el comando único como la base de esta eficacia técnica en los servicios de la admnistración. Un gran higienista belga, René Sand, es quien se encarga, con su gran autoridad, de difundirlo en el mundo y posteriormente lo adoptan, además de los mencionados países, Chile en 1924, Ecuador en 1930, Colombia en 1931, Alemania, Brasil y México en 1934, Costa Rica en 1936 y más tarde, Paraguay, Perú Turquía, Uruguay, Venezuela, Bélgica Hungría Suiza y Dinamarca. Esta sola enumeración muestra cómo la idea de centralizar la sanidad se impuso no por generación espontánea sino como un imperativo categórico de los nuevos hechos de la posguerra.

Para comprender esta evolución no hay sino que ver el alcance y desarrollo que tuvo la legislación sanitaria después de 1918. La creación de la Oficina Internacional del Trabajo permitió ampliar el tópico de salubridad e higiene en los lugares de trabajo y dió las bases para legislar sobre industrias insalubres, trabajo de mujeres y niños, iluminación, medio ambiente, servicio social, etc.; todo un programa relacionado con la salud del obrero, que luego se introduce en las distintas legislaciones de los países que formaban parte del Instituto Internacional del Trabajo. También permitió este instituto que en las diferentes naciones se conocieran las publicaciones y los resultados de los estudios realizados en el mundo, por medio de traducciones a precios que posibilitaba su adquisición en todas partes.

Por otro lado, la creación del Comité de Higiene de la Liga de las Naciones dió a la sanidad nacional nuevas fuentes ideológicas en este sentido. La Oficina Internacional de París, que hasta 1919 había tenido como único objetivo el control de la epidemia de peligro internacional, pasó a ser un simple consejo técnico en epidemiología; pero la nueva legislación higiénica referente a la madre, al niño, al control de la mortalidad y, sobre todo, de la mortalidad infantil, toxicomanía, sueros y vacunas, dió motivo a que esta materia de la salud pública tomara grandes ampliaciones, llegándose a una especie de saturación legal.

A esos hechos de carácter público se une la mayor conciencia de las masas populares que la adquirieron sobre sus derechos y necesidades en materia sanitaria.

Las cátedras de higiene ampliaron su horizonte y pasaron a ser verdaderas cátedras de estudios relacionados no sólo con la higiene indivi-

dual sino con la higiene pública y sobre todo con la higiene social. Las estadísticas sanitarias, la denatalidad, el estudio del pauperismo, la asistencia, la previsión, los seguros sociales, la organización hospitalaria, la higiene mental, la higiene rural, la eugenesia, etc., toman una amplitud como no habían conocido los pueblos hasta entonces. Puede decirse que los últimos veinte años son de verdadero señorío para los avances de la higiene.

Hasta la aparición del decreto-ley 12.311 de 1943, dictado por el gobierno de facto, por el cual se crea la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, el cuadro de la organización de la sanidad y asistencia en nuestro país era poco menos que desconsolador en cuanto a la multiplicidad de comandos. Tenemos, por una parte, el viejo Departamento Nacional de Higiene, fundado por ley de 1891, que había hecho por la sanidad del país solamente lo que no podía dejar de hacerse. No vivió con los tiempos sino detrás de los tiempos; sus informes anuales no eran para decir lo que se había hecho sino para decir lo que se podía haber hecho si hubiese contado con medios y con elementos de trabajo. En realidad, el Departamento Nacional de Higiene, junto con el Departamento Nacional del Trabajo, pueden ser considerados en esa época como las cenicientas del presupuesto nacional.

Al lado del Departamento Nacional de Higiene existía una multiplicidad de servicios como los que prestaba la Sociedad de Beneficencia, institución benemérita por cierto, pero cuyos servicios muchas veces interferían con los propios del Departamento Nacional de Higiene; la Dirección de Asilos y Hospitales Regionales y muchos otros servicios que interferían simultáneamente en la acción que correspondía a una sola y única autoridad o a un solo y único servicio en el orden nacional. Los decretos 12.311, de 1943, 31.589 y 34.640, de 1944, por los cuales se crea la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, significarán un gran paso para tender a la unidad sanitaria que debe imperar en el país. Y constituye un corolario lógico, para darle a esta unidad la jerarquía que dentro de nuestro Estado debe tener, el decreto 14.807 de 1946, por el que se crea la Secretaría de Salud Pública.

Cualquiera sea el pensamiento político de los argentinos, no creemos que haya nadie tan ofuscado como para pensar que pueda volverse atrás y que esta unificación no representa una aspiración reclamada por generaciones de médicos ilustres que han señalado que la anarquía sanitaria es siempre fuente de desaciertos. Sumar esfuerzos y no dividir esfuerzos debe ser el pensamiento de los hombres, en orden a la eficacia de los servicios del Estado.

La única resistencia apasionada que una unificación de este carácter puede tener es la de aquellas instituciones o personas que se sientan afectadas en su autonomía por la centralización. Acostumbrados por años a tener bajo sus manos organismos a los cuales han manejado a su propio arbitrio, y con absoluta desconsideración de los intereses confiados, añoran hoy la independencia perdida, que les daba derecho a manejarse como un Estado dentro del Estado. Siempre encontraban las personas y fun-

cionarios a los cuales les era más cómodo dejar hacer y dejar pasar, que indisponerse ordenando esos cuadros dentro de un pensamiento nacional sanitario. No hay que extrañarse que en estos momentos sean esos intereses desplazados los que quieran perturbar la actual unificación, que condice con un movimiento universal de las ideas en materia sanitaria.

La creación de un Ministerio de Salud Pública significa la unificación de los comandos técnico y administrativo, y en manera alguna significa la absorción de funciones. Cada organismo creado y los nuevos a crearse tendrán un radio de acción y una limitación de funciones, como lo han tenido en todos los tiempos, y como surge de la naturaleza misma de las necesidades que le dan origen. Unificación no significa absorción. Nada se opone a que en adelante, se sigan desarrollando todas las instituciones de carácter provincial o municipal, particular o de tipo voluntario, como lo han hecho hasta hoy. Lo que se quiere es que, en el orden nacional, no haya dos organizaciones de la misma naturaleza en el mismo lugar y para llenar las mismas funciones. De estos muchos son los ejemplos que podemos citar.

Mientras que el país tuvo un ritmo demográfico constante, las nuevas creaciones eran pocas, y la multiplicación de instituciones no se molestaban, porque no llegaban a interferir en sus funciones aun mismo dentro del orden nacional. Los tiempos que vivimos son distintos. La demografía nos dice, con la impasibilidad propia de las cifras, que la Argentina ya no crece en su población, y que antes de fin de siglo nos habremos despoblado. El actual avance de la denatalidad, con las tendencias que se vienen observando en los últimos años, nos dice que llegaremos a fin de siglo con 11.000.000 de habitantes. Todo lo que hasta ayer era poco y no alcanzaba al incremento de nuestro progreso, pronto será suficiente quizá esté de más y sobre en el futuro.

Llegamos así a la realidad de las interferencias como consecuencia de la multiplicidad de organismos creados o a crearse.

La reforma del seguro de maternidad y, sobre todo, la ampliación del campo de aplicación a todas las mujeres de la clase obrera argentina, creará marternidades hasta en los rincones más apartados del suelo patrio. Si bien en las grandes ciudades puede caber una entidad más, asimilable, y que siempre habrá cómo ltilizarla, no s posible aceptar que en los pequeños municipios existan dos o más salas, entidades o servicios de este carácter, porque no sería posible que existieran en esas pequeñas localidades servicios propios de la Secretaría de Salud Pública, y servicios paralelos dependientes de Previsión Social. Lo mismo puede decirse en cuanto al reajuste y modernización de la ley 9.688, ya que se hace indispensable crear un servicio de traumatología que si bien se trata de una especialidad, la traumatología del trabajo, ella puede subsistir en las grandes ciudades pero no en los pequeños centros poblados en donde las industrias son menores y menor también la cantidad de obreros y, por consiguiente, el número de accidentes. No sería lógico, ni administrativamente útil, crear dos servicios, uno de traumatología del trabajo y otro de traumatología general.

Lo mismo podría decirse en cuanto a lo que prevé el decreto 30.656, del año 1944, por el que se crean los servicios de medicina preventiva y curativa para afiliados del Instituto Nacional de Previsión y a los cuales, por una feliz iniciativa, se coloca también bajo la dependencia de la Secretaría de Salud Pública por el decreto 16.200 del año 1946. Nos bastará decir que es la ley más formidable que en materia de higiene se ha dictado en este tiempo, destinada a atender las enfermedades, en forma preferente, las enfermedades crónicas de trascendencia social, como la tuberculosis, cardiopatías, sífilis y reumatismo, las enfermedades profesionales y del trabajo, así como todas las enfermedades de tendencia crónica e invalidizante de la población afiliada al Instituto Nacional de Previsión Social. Se calcula que tendrá aproximadamente una atención de 400.000 personas que actualmente trabajan en condiciones precarias de salud, para lo que se necesitará una maquinaria hospitalaria de 10.000 camas y un presupuesto anual de 60.000.000 de pesos.

No sería concebible a esta altura, que tales nuevos organismos pudieran fundarse como entidades autónomas desligadas de otras destinadas a llenar la misma función en esos mismos lugares. En la organización de los servicios de salud pública podemos decir que es donde se ve con mejores colores lo que significa la unidad del comando, en lo que la eficacia de la función va unida substancialmente a las medidas que tienden a no desperdiciar o desperdigar los esfuerzos. La función está directamente vinculada, en esta clase de servicios, a la unidad de esfuerzo y a la unidad de comando, sea del punto de vista del servicio como del administrativo. Esto es tan cierto en materia sanitaria, como puede serlo en otra clase de servicios públicos como el de teléfonos. Podrán existir varias compañías de teléfonos, pero la eficacia de los servicios ha demostrado en la práctica que es necesario crear un único servicio público de teléfonos, para que él se preste en forma eficiente.

Si en el pasado, la constante miseria de nuestra organización sanitaria y asistencial no permite hablar de interferencias aunque sí de anarquía directiva, estamos llegando a un punto en que la interferencia, por la multiplicación de organismos, va a llevarnos a fricciones, que en materia sanitaria como en mecánica hay que eludirlas por no ser económicas.

Sobre la unidad del comando en materia sanitaria, se han pronunciado en 1935 la Conferencia Sanitaria Panamericana y muchos congresos médicos en el orden interno del país. Son numerosos los países del mundo en que se han creado los ministerios de Salud Pública e Higiene, que están dando buenos resultados y mediante los cuales se puede llegar a solucionar, dentro de lo posible, los fines que hacen a su creación.

Nuestra Secretaría de Salud Pública está llamada a cumplir una gran misión en todo el país, y no creo que esta Honorable Cámara vaya a olvidar todos los esfuerzos de los congresos nacionales e internacionales y sobre todo, el gran esfuerzo realizado por el actual secretario de Salud Pública, doctor Ramón Carrillo, quien está dando el verdadero impulso que debe tener esta materia sanitaria en el país, por lo que creo han de lograrse los resultados que de ella se esperan.

Por ello aconsejo, en nombre de la mayoría de la comisión, la sanción del despacho.

Sr. Barreiro. — En ligera síntesis voy a referirme a los decretos emanados del P. E., que a partir del 4 de junio de 1943 constituyen en conjunto y en lo que a salud pública se refieren, la realización de un anhelo acariciado desde hacía muchísimo tiempo por nuestros círculos científicos, por higienistas, puesto de manifiesto en congresos de sanidad dentro y fuera del país, y por el pueblo en particular a quien le cupo a su costa y pesar la dispersión de nobles esfuerzos que se anularon por causa de la rutina burocrática, por la inercia terrible del «dejar pasar», por esa falta del concepto que asigna hoy un valor efectivo de riqueza nacional a la salud.

Y así, en poco tiempo, como quemando etapas, en un impulso arrollador que interpreta el anhelo popular de salud, el gobierno de la revolución fué dando los decretos leyes de salud pública, a partir del 21 de octubre de 1943 en que fué sancionado el que crea la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social con el aporte del Departamento Nacional de Higiene, Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, Instituto Nacional de la Nutrición, Registro Nacional de Asistencia Social, Dirección de Subsidios, así como de todas las organizaciones de salud pública, y los cuerpos médicos de los ministerios, dependencias y reparticiones autárquicas, todos los cuales pasaron a funcionar bajo la dependencia de la Dirección Nacional de Salud Pública.

Fueron invalidados los vetustos impedimentos jurisdiccionales, causa de fracasos y pérdidas sin cuenta, y la Dirección Nacional de Salud Pública señaló el designio de alta visión de dar a los viejos ministerios una flexibilidad de que carecían frente al cúmulo inmenso de las necesidades sanitarias del pueblo. En lo sucesivo fué posible encarar en forma racional una cantidad de problemas atinentes a la salud pública. Y no es exagerado afirmar que el país cuenta, felizmente, con un conjunto de profesionales de las ciencias médicas y actividades afines que capacitan a la Nación para librar frente al ejército de la muerte la gran batalla por la salud en condiciones óptimas; pero también es cierto que la falta de concordancia entre los doctores y el gobierno es un serio, un enorme escollo en la ruta de la lucha contra la enfermedad. Sin embargo, abrigamos la esperanza de un entendimiento en que la patria saldrá gananciosa, porque a pesar de todas las fricciones y discrepancias, no puede negarse que, primero en los círculos científicamente capacitados y luego —distancia guardada— en el público en general, está hecha la conciencia de que es impostergable el leal entendimiento, que traerá aparejada la coordinación, que es en este caso colaboración lisa y llana para la gran obra de la salud.

La feliz conjunción que representó la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública, al agrupar los organismos mencionados, hizo posible la reglamentación en las mejores condiciones de la obligatoriedad de la vacunación antitifoidea en las zonas afectadas, de que da cuenta el articulado del decreto 15.039 de 13 de junio de 1945.

La lucha contra la tuberculosis, el terrible azote blanco, que representa para la Nación la pérdida de 14.000 personas cada año, la infección de 100.000 nuevos casos y la pérdida de pesos 300.000.000 moneda nacional en el mismo lapso por fallas de trabajo, se vió en el período de la pasada guerra seriamente trabada, entre otras cosas por la dificultad de adquisición de los elementos necesarios para dotar a los organismos especializados en forma que les fuera posible efectuar el catastro radiológico de toda la población, sin el cual resultaría ilusoria la lucha futura contra el terrible flagelo. El decreto-ley 1.192 de 17 de enero de 1944, contempló la gran dificultad señalada y la salvó condicionando sobre todo la lucha futura contra la tuberculosis en la mejor forma.

No podía escapar al gobierno de la revolución lo que las «toxicomanías» representan para la salud pública, y haciéndose cargo de la experiencia acerca de la ley 11.309 que resultaba innocua o poco menos, por evidentes imperfecciones, consideró el factor importantísimo llamado «contagio psicológico», y por ello introdujo en el articulado de la ley la obligación de denunciar en todo el territorio de la República los casos comprobados de intoxicación por estupefacientes.

El decreto 10.638, de 28 de abril de 1944, modificó la ley 12.331 en sus artículos 15 y 17, autorizando en forma restrictiva el ejercicio de la prostitución, condicionado este hecho a circunstancias y situaciones locales, que serán en cada caso determinadas para acordar la autorización por la Dirección Nacional de Salud Pública. Se establece paralelamente severa penalidad para los que explotan la prostitución, y se expresa que el ejercicio de la prostitución por la mujer en su casa en forma individual o independiente, sin afectar el pudor público, no constituye delito. Esto es concordante con nuestro precepto constitucional referente a las acciones privadas.

Con fecha 9 de agosto de 1946 el Poder Ejecutivo dictó el decreto 21.306 por el que se establece la obligación para los internados «con fines educativos y/o de asistencia social» de inscribirse en la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social.

El articulado de este decreto, que es notable por la acción tutelar oficial que se establece para velar sobre la salud de niños que carecen, por vivir alejados del hogar, del cuidado solícito del mismo, en el sentido que expresamente se indica en detalle, comprende una serie de normas que preceptúan los medios higiénicos y de medicina preventiva que deben asegurar la salud física y espiritual de los mismos, y asimismo la asistencia adecuada para éstos, en caso de enfermedad. Las instituciones privadas que reciben niños en edad escolar estarán bajo la vigilancia de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, que encomendará esta tarea a la Dirección de Maternidad e Infancia.

La asistencia dental obligatoria para los niños en edad escolar y preescolar, como asimismo, de los adolescentes «que concurran o no a cualquier establecimiento oficial o incorporado de enseñanza secundaria, normal, especial o superior en todo el territorio de la República», aborda

con justeza el importantísimo problema de la salud dental del niño, que gravitará, algunas veces en forma decisiva, en la salud ulterior del mismo, y porque de inmediato, dicho problema, de carácter social, incide en la economía del Estado por la morbilidad que supone en la infancia, adolescencia y edad adulta.

El decreto 30.656, de 15 de noviembre de 1944, teniendo en muy especial consideración el bienestar de las «clases económicamente débiles» establece en cuatro capítulos toda una serie de acertadas disposiciones que se refieren a la protección de las clases mencionadas ante los riesgos de las enfermedades profesionales, maternidad, desocupación, accidentes del trabajo, invalidez, vejez y muerte.

Esta sola enumeración bastará para llevar al ánimo de todos los señores diputados el enorme e inapreciable beneficio que se deriva de este decreto. El capítulo IV, que se refiere a la asistencia preventiva y curativa, contempla a través de sus ocho artículos lo más adelantado que en la materia se haya hecho.

En el decreto 31.589, de 30 de noviembre de 1934, se dispone la extensión de la acción de la Dirección Nacional de Salud Pública a todo el territorio de la República, encarando de este modo, en forma integral y decisiva, el gran problema de la salud de la Nación, y los medios más adecuados para combatir y prevenir la enfermedad en el régimen de convivencia federal, se expresan en un articulado que resulta un verdadero modelo.

El decreto 34.640, que suprime el Departamento Nacional de Higiene, así como las «distintas comisiones y direcciones creadas por las leyes de la Nación y que funcionaban bajo la dependencia de la Dirección Nacional de Salud Pública», cierra un ciclo de 53 años de actividad para el Departamento Nacional de Higiene.

El hecho de que haya sido indispensable decretar el cese del funcionamiento del Departamento Nacional de Higiene para establecer la coordinación de los diversos organismos en forma de ajustado enlace y eficiencia, no puede en modo alguno hacer olvidar lo que el instituto desaparecido representó en su hora para la salud del país y los servicios y la actuación benemérita de su personal, que en días inciertos para la salud de la Nación rindió su esfuerzo eficaz y patriótico, por todo el país reconocido y apreciado.

Y junto al recuerdo de la obra meritísima del personal, entre los que figuran médicos que han sido y son riqueza efectiva para el acervo científico de la Nación, no era posible olvidar aquel gran doctor argentino que se llamó José Penna, pues su acción tesonera y eficiente en pro de la salud pública y desde la alta cátedra de enseñanza universitaria que honró con su saber y virtudes, obligan en esta hora al recuerdo agradecido para el hombre que demostró en forma incontestable que cuando hay voluntad y ciencia auténticas al servicio de la patria, es posible hacer desaparecer un flagelo, como la viruela, que él hizo pasar a la calidad de recuerdo por su acción incansable en favor de la vacunación obligatoria.

La ratificación de la convención internacional del opio, firmada en La Haya el 23 de enero de 1912, y la fijación de la cantidad máxima de hojas de coca que podrá importarse anualmente al país, constituyen dos imperativos en favor de la salud pública, que no podrán menos que obtener la ratificación de esta Honorable Cámara.

La creación de la Secretaría de Salud Pública y la jerarquía de ministro secretario de Estado acordada al secretario del nuevo organismo, constituyen la conciliación entre el respeto de la Constitución y una necesidad de ajuste final en favor de la salud pública, que ha llegado a ser impostergable. En efecto, señor presidente, resulta extraordinario que a esta altura de nuestra vida de gran Nación estemos atrasados en muchos años en lo que a algunos aspectos de la atención pública se refiere, si observamos la organización que a este fin tienen 20 de las 22 naciones del continente americano.

En todos estos países, desde hace muchos años en algunos, todo lo atinente a la salud pública, es de la competencia de un ministerio de higiene o salud pública, con el carácter y la amplitud que tal designación supone. Las denominaciones que no se ajustan exactamente al término «ministerio»; actúan, sin embargo, con las funciones de tal.

La experiencia en este sentido, y por lo que a nosotros nos interesa inmediatamente, es que el único organismo que deba entender con el problema vital de la salud debe estar condicionado por directivas emanadas de un verdadero ministro de Estado. La jerarquía de ministro secretario de Estado del funcionario que está al frente de la Secretaría de Salud Pública, no es suficiente. La gran batalla en la que todo el mundo gana, es la batalla por la salud. Pero la acción del organismo encargado de este papel de primera importancia para la salud, de igual o mayor importancia que el problema de la defensa nacional, no puede verse trabado por el juego burocrático, frente a hechos en que, como en una guerra, los minutos tienen una importancia decisiva.

La muerte no espera, señor presidente, y todo lo que en una forma u otra, no importa por qué razones, implique una demora en tomar una determinación adecuada para proteger la salud del pueblo, constituye un crimen de lesa patria y de lesa humanidad. Por esto, señor presidente, ante la disidencia en virtud de la cual se propone la creación de una Subsecretaría de Salud Pública, en lugar del ministerio que reclama el interés de la Nación, no puedo sino pedir, en mi calidad de presidente de la Comisión de Higiene y Asistencia Médico-social, y en mi calidad de doctor en medicina, que mis colegas, los señores diputados firmantes de la disidencia mencionada, la dejen sin efecto, o bien que la Honorable Cámara no le preste aprobación si hubiere insistencia. Lo pido invocando el interés supremo del pueblo, el interés de su salud, condición indispensable para que sea una realidad la nueva gran Argentina que todos anhelamos.

Nada más. (¡Muy bien! ¡Muy bien! Aplausos).

Sr. Messina. — He escuchado las extensas exposiciones que han hecho los señores diputados y hago uso de la palabra para referirme brevemente al asunto en discusión.

Nos llegan leyes del Poder Ejecutivo, de las cuales muchas son ya conocidas por todos aquellos que actúan en el gremio médico y que no han sido aplicadas hasta la fecha por la anarquía en que viven los organismos encargados de hacerlo, por la incapacidad de los hombres o por la falta de un organismo capaz de darles fuerza ejecutoria.

Marchamos, señor presidente, hacia una planificación total de todas las actividades en el país, y así como ayer creábamos la Secretaría de Trabajo y Previsión, verdadero tribunal de justicia para los trabajadores de la República, creamos hoy la Secretaría de Salud Pública, con categoría de Secretaría de Estado, dándole a su director la jerarquía de ministro.

No es ésta, señor presidente, una antojadiza iniciativa de gobierno. Es el fruto de la constante evolución que van teniendo los organismos en un país tan civilizado como el nuestro, que marcha en un afán de superación constante. La jerarquía de ministro dada a su actual director hace que sea el Estado quien tenga el control de la salud de la población en toda la República. Cabe a él la enorme responsabilidad de la medicina curativa y preventiva, que tiende a salvar el capital humano, verdadera riqueza de la Nación.

Satisface, señor presidente, tan importante medida de gobierno a toda la clase médica del país, cuya población tendrá una deuda de honor con respecto a la iniciativa que ha nacido de importantes hombres de nuestro medio científico como Pirovano, Rawson, Goyena y otros.

Vivimos una era de justicia social y así como hemos organizado un equilibrio entre el capital y el trabajo, si bregamos para que en nuestra tierra no haya ni demasiados pobres ni demasiados ricos, luchemos también para evitar la presencia de hombres débiles y enfermos, que constituyen una rémora en la vida de los pueblos.

Levantar el «standard» de vida de la población en lo social y en lo económico, esa es la función del gobernante. Sólo así vivirá con el aplauso de los ciudadanos de hoy y en el corazón de las generaciones del futuro.

La creación de un organismo estatal tan poderoso, así como la redacción de un código sanitario, coloca a nuestro país a la altura de los grandes países que marchan a la vanguardia de la civilización y que se caracterizan por su excelente organización sanitaria.

La medicina curativa y preventiva alcanza hoy a importantes sectores de nuestra población y teniendo el Estado el control de la salud de sus habitantes, ya no será caridad lo que recibe el enfermo, que en muchos casos ve así disminuída su personalidad.

Necesitamos educar socialmente a las masas, luchar por una organización social perfecta, que nos permita orientar nuestra juventud, tomando al niño desde su deambulación al año, seguirlo en su primera y segunda infancia, para que cuando salga de la pubertad conozca los peligros a que está expuesto. Sólo así, con una obra social educativa intensa, podrá la

juventud salvarse de todos los peligros a que se ve enfrentada en el camino de la vida.

La medicina oficial no ha tenido hasta ahora una acción eficaz y la ayuda médica a la población ha sido precaria. Es por eso que el enfermo cae en manos de asociaciones y mutualidades que tienen muchas veces un equipo médico perfecto e instrumental adecuado.

El amplio campo de la investigación científica y de la medicina curativa y preventiva, necesita de organismos de la magnitud de la Secretaría de Salud Pública. Sólo una conciencia superior frente a una alta educación, podrá reunir a los ciudadanos alrededor de un organismo de esta jerarquía. Por eso es que me inclino hacia tan importante iniciativa, pues considero que la salud de la población debe ser función de gobierno, marchando en estrecha vinculación con la medicina privada. Indudablemente que la perfección de un organismo como éste provoca un lógico choque de intereses que será preciso superar.

Vivimos una perfecta anarquía en organización sanitaria y podemos afirmar que en nuestro medio las enfermedades no se previenen, se atacan, y cuando estalla una epidemia, donde las provincias pagan siempre con el mayor tributo, las autoridades locales se ven impotentes para detenerla, recurriendo a la ayuda del poder central; ha habido casos de algunas provincias que, víctimas de epidemias como tifus exantemático, anquilostomiasis y paludismo, han tenido que recurrir a convenios que se hacían entre los organismos federales y el gobierno nacional. No podemos, señor presidente, en materia sanitaria, legislar para la Capital Federal y territorios nacionales: tenemos que crear un comando único que haga de la higiene un bien colectivo.

Nuestros organismos encargados de velar por la salud de la población marchan en franca acción desarmónica. Un examen superficial de los organismos encargados de velar por la salud de la población, nos ilustrará de cómo marchaba la higiene en nuestra Capital y en las distintas provincias. Así teníamos el antiguo Departamento Nacional de Higiene, dependiente del Ministerio del Interior, que se ocupaba de la sanidad marítima, aérea, y de las fronteras. En la Capital Federal la higiene urbana estaba a cargo de la Asistencia Pública con sus distintos organismos: hospitales, dispensarios, centros de vacunación, inspección técnica. En las provincias teníamos organismos sanitarios con perfecta autonomía, que llenaban su función sanitaria, pero sólo en provincias ricas y con un buen presupuesto, no pasando lo mismo con algunas provincias pobres que han tenido que recurrir al gobierno nacional frente a una grave epidemia. No es posible, señor presidente, seguir con esta confusión de poderes en asuntos de interés colectivo, donde se juega la salud de la población.

Nuestro país no tiene, en su historia, sino contadas epidemias, que diezmaron algunos sectores de nuestra población. Así, durante los años 1831, 1836 y 1848 estallan las primeras epidemias de cólera, que se repiten en los años 1867, 1869 y 1894. De más funestos resultados fué la epidemia de fiebre amarilla que estalló en 1858, después de haberlo hecho

en Montevideo, y que vuelve a recidivar en 1871 en forma alarmante, matando en la Capital más de 14.000 personas.

Este país es joven y rico, con un futuro halagador; no puede estar sólo esperanzado en sus enormes extensiones de tierra y en las riquezas que salen de sus entrañas. Hay que cuidar el capital humano. Creemos un comando único de dirección sanitaria y vivamos con el viejo aforismo que nos dice que en materia de salud pública más vale prevenir que curar.

El organismo que proyectamos tendrá el control de la higiene y de la medicina preventiva y curativa de la población en toda la República. Ponemos a su frente a un director con jerarquía de ministro que, además de sus cualidades morales, se caracteriza por su capacidad científica indiscutible. Esto reporta ventajas enormes. El nuevo funcionario tendrá un puesto estable, sin poder ser separado de su puesto, pudiendo llevar a cabo la obra con tranquilidad y sin inquietudes. Lo segundo, en lo que se refiere a su especialidad científica, impide que lleven al cargo funcionarios sin título de médico.

Una breve recorrida en la organización sanitaria de otros países nos demuestra cómo han tratado de superarse en organización sanitaria, quedando nosotros en un franco retroceso.

Tomemos Alemania. Dicho país dedicó una preferente atención a la salud de la población. Se creó un seguro social con carácter obligatorio, haciendo del mismo un problema de carácter nacional, encontrándose ligados a esta iniciativa los nombres de Bismarck y del barón Sturme.

En 1870 se crea la beneficencia pública; en 1883 instituyese el seguro social sobre enfermedades; en 1884 los de accidentes del trabajo, y en 1889 los de invalidez y vejez, compilados en un código federal en 1911 y codificados en 1924, sentando las bases del seguro social actual.

En materia de profilaxis la obra fué grande, pero librada a distintos organismos con reglamentos especiales, aunque el emperador podía promulgar para todo el Imperio disposiciones sancionadas por el Reichstag y el Consejo Federal.

Bulgaria crea, por ley de 15 de mayo de 1849, el Consejo de Higiene Pública, organizado por decreto real en 1919 en Consejo Superior de Higiene; en el año 1936 crea una comisión internacional ministerial de acción sanitaria. Bolivia crea un ministerio de higiene y salubridad y direcciones departamentales de sanidad. En los años 1933 y 1934 presenta un proyecto de ley de centralización de los servicios de profilaxis, de beneficencia y más adelante se hace una compilación de leyes sanitarias, a fin de dar cumplimiento a la redacción de un código sanitario. Chile tiene un ministerio de higiene creado en 1924, a fin de coordinar todos los servicios de la profilaxis y asistencia social. El 15 de mayo de 1931 redacta un buen código sanitario que organiza la asistencia social y la unidad de funciones a ese vasto organismo de sanidad pública. En el año 1936, por ley del 1.º de febrero, el ministerio de higiene ha pasado a llamarse ministerio de salubridad, previsión y asistencia social.

Francia tiene un Ministerio de Salud Pública con disposiciones y leyes tendientes a unificar un plan sanitario y así lo establece Millerand, que en 1920, al crear dicho ministerio, sostenía que la unificación de los servicios era la única manera de llegar a una obra benéfica para la salud colectiva.

No seguiré, señor presidente, con otros países, en que vemos cómo tienden a centralizar su organización sanitaria. Me referiré brevemente a antecedentes nacionales, algunos de los cuales han sido citados por otros señores diputados.

Entre los antecedentes nacionales podemos citar un proyecto presentado por el doctor Gerónimo del Barco, que organizaba el Departamento Nacional de Higiene. El doctor Gómez presenta un proyecto relacionado con la creación del Departamento de Salud Pública; el doctor Leopoldo Bard, ya citado por otros señores diputados, presenta también un proyecto de ley creando la Secretaría de Salud Pública. El diputado Lloveras presenta, el 27 de setiembre de 1922, otro proyecto que se refiere a la creación del Consejo Nacional de Salud Pública y Asistencia Social.

En nuestro país se observa que en estos años ha aumentado la natalidad y ha disminuído la mortalidad, lo que implica un aumento vegetativo de la población. Necesitamos prepararnos para hacer frente a este fenómeno. La creación del organismo que proyectamos llenará una necesidad y no creo que se cometa una barbaridad jurídica, de la cual se muestran tan celosos los señores abogados aquí presentes.

Los decretos que consideramos constituyen un total de veintitrés, a cuyo examen detallado de cada uno no he de entrar. Pero me referiré brevemente al decreto 10.638/44, que modifica los artículos 15 y 17 de la ley 12.331, que el señor diputado Rojas abordó considerándolo un grave y complejo problema.

La ley 12.331, ley de profilaxis, fué dictada en el año 36, ante la opinión unánime favorable de parte de los especialistas en enfermedades venéreas de todo el país, y a pesar de que el señor diputado Rojas dice que éstas han disminuído, no necesito dar cifras para hacer ver cómo han aumentado las enfermedades venéreas en todo el país.

No daré cifras porque en esta materia los juicios han sido unánimes. Hasta 1944, aunque desde entonces los mismos especialistas señalan un repunte de las enfermedades venéreas que no ha tenido otra explicación que la dificultad para obtener medicamentos debido a la guerra, lo cual ha determinado el aumento de las formas contagiosas de enfermedad.

A pesar de esta adversidad la ley es defendida en todos los terrenos desde que habiendo ella, por el período de ocho años probado su eficacia, la solución a esta adversidad no está en anular los efectos, sino en escudriñar las causas que han determinado sus fallas últimas, y tratar de remediarlas.

El decreto ley 10.639/44 del 28 de abril de 1944, no tuvo por objeto cambiar la esencia de la ley 12.331, ni aflojar los resortes morales que dicha ley tiene. La lectura minuciosa de la reforma efectuada a los

artículos 15 y 17 demuestra que quedan subsistentes los fundamentos morales básicos de la ley, salvo en aquellos casos en que por razones médicas sea necesario contemplar algunos aspectos en particular. La reforma efectuada al artículo 15 coloca bajo la tutela de la autoridad sanitaria las excepciones a efectuar en materia de tolerancia, garantía ésta de que esa reforma en ningún caso tendrá otros fundamentos que una razón de orden médico que más adelante analizaré.

En la redacción que se imprime al artículo 17 se le da el verdadero alcance que siempre debió tener en su interpretación este artículo, desde que abolicionismo no significa prohibicionismo. Siempre lo han dicho los sostenedores de la doctrina abolicionista que en el fondo de ese pensamiento no hay sino una razón de orden moral y es hacer que el Estado no les dé patente de cosa lícita a las casas de tolerancia.

Cuando el problema se plantea en el terreno médico los argumentos que se esgrimen entre reglamentaristas y abolicionistas, tienen una fuerza pareja. No entraré al análisis de esos argumentos que, por otra parte, se han repetido muchas veces en nuestros ambientes legislativos. La lucha de los abolicionistas tiene en el fondo un fin moral y es el de evitar que un grupo de mujeres aparezcan oficialmente patentadas con una expresión injuriosa. Ese solo argumento de orden moral basta para afirmar los fundamentos de la ley 12.331 que aceptó el principio abolicionista.

Pero repito que abolicionismo no significa prohibicionismo. El mismo ex legislador Angel M. Giménez, que hiciera durante tantos años la prédica abolicionista en nuestro país, sostuvo repetidamente que sería imposible por la naturaleza humana abolir en su esencia la prostitución y que no era misión policial la de inmiscuirse en la intimidad de las conciencias y de los actos de las personas, mientras éstas no ofendieran la moral pública ni las buenas costumbres. La misma Constitución nacional la ampara cuando dice que los actos que no ofendan las costumbres quedan relegados a la conciencia de los individuos. Y la modificación del artículo 17 de la ley 12.331 no hace sino darle el alcance verdadero que debe tener para evitar los desmanes de la policía o de la justicia. Desgraciadamente la ley está obligada a entrar hasta esta interpretación porque en su redacción primitiva el exceso de celo, en unos casos, y el encubierto prevaricato en otros, determinaba que la ley fuera violada en su esencia por los mismos representantes de la autoridad que la aplicaban con todo su rigor cuando así convenía a sus intenciones. Bastaba que tuvieran conocimiento de que una persona tenía ese medio de vida anormal y aun cuando ella no ofendiera la moral o las buenas costumbres, y reservara su comercio en la mayor intimidad, se le perseguía sin consideración, so pretexto de aplicar celosamente la ley 12.331.

El problema que plantea la reforma del artículo 15 está ligado a razones de orden puramente médico y ha surgido como consecuencia de los informes hechos por médicos ligados a los acantonamientos militares.

En aquellas partes del país donde estos acantonamientos tenían una larga data, por una razón espontánea, se fueron formando en las cercanías poblaciones, en las cuales se acondicionaban todos los elementos para

hacer llevadera la vida de esas legiones de hombres, apartados muchas veces de sus familiares. Los acantonamientos nuevos hechos en los últimos años, aislados de las poblaciones importantes, han planteado agudamente un problema que casi siempre permanece oculto, y sólo advierten de él los médicos ligados a las funciones policiales, y son las perversiones sexuales. El recrudecimiento de atentados al pudor producidos en esas zonas y denunciados repetidamente por la autoridad, obliga a tomar un tema de orden estrictamente médico, pero que es necesario exponerlo con toda franqueza en esta oportunidad.

La doctrina de la continencia moral es interpretada por aquellos hombres que tienen una contextura psicológica bien formada, ya sea por razones de hogar, ya por razones biológicas, o bien por principios religiosos. Posiblemente, en el 98 por ciento de los hombres, les basta la doctrina moral pura que la ley del pudor sea respetada. Hay un 2 por ciento que oculta sus tendencias impulsivas y sus perversiones sexuales, y las pone en evidencia cuando no tiene la válvula necesaria para escape de esos impulsos.

No se trata en estos casos de medidas destinadas a la generalidad ni a la normalidad de las personas, sino a los casos de perversión rayando en la normalidad. Es este un capítulo puro de psicopatología sexual.

Las anormalidades sexuales las hay en todos los grados, determinadas, al parecer, por una constitución hereditaria defectuosa, y éstas no son modificables por medios punitivos, porque el impulso reaparece cada vez que puede haber posibilidad de impunidad. Estos impulsos se evidencian frecuentemente aun en individuos de apariencia normal, casados, padres de familia, teniendo una vida sexual normal, y que un día cometen un hecho irregular porque la oportunidad se les ha presentado. Todos ellos se recriminan después del hecho producido y señalan que obedecieron a un impulso superior a ellos mismos. Los psiquiatras eliminan de estos casos a aquellos en que esa manifestación aparece como un comienzo de parálisis general o de alguna alteración mental bien conocida por los alienistas.

Los estudios médicos hechos de estas personas muestran fallas marcadas en algunas de sus funciones, siendo muchos francos psiconeuróticos. La impulsión sexual no es en ellos sino un síntoma de un estado patológico latente. Son estados frustros o larvados en los cuales la impulsión es dominante y muchas veces equivalente a un hecho epilectóideo. Son personas de conducta irreprochable; frecuentemente, de vida de hogar ejemplar y en que la tendencia impulsiva aparece como por obra de una casualidad.

La herencia defectuosa existe a menudo en tales casos o tienen en los antecedentes personales una enfermedad grave que la ha despertado; se citan casos de hombres con un gran sentido religioso y que despiertan tendencias impulsivas con la aparición de los primeros síntomas de una tuberculosis pulmonar.

Este problema de las impulsiones se evidencia más en los estados de fatiga y adquiere graves contornos cuando los hombres, reunidos en masa,

cumplen las leyes de psicología colectiva, que les hacen realizar hechos inconscientes por un mecanismo mental bien conocido. Las dos guerras grandes que soportó Europa, han permitido escribir muchos libros sobre esta materia, cuando los soldados, fatigados y enardecidos, entran en las poblaciones indefensas y cometen hechos amorales de todo orden, violando la disciplina, y aun faltándoles el análisis de conciencia que haría contener a muchos de ellos individualmente. A este respecto dice un alienista francés que no son sólo las perversiones sexuales las capaces de transformar en delincuentes a viejos combatientes, sino que a menudo se ve a hombres con gran continencia moral entregarse al alcoholismo, después de una gran conmoción o simplemente después de una fatiga que anula el poder de control de la voluntad. Nadie está libre de un hecho de esta naturaleza mientras no sepa si no es portador de una secuela psíquica larvada.

No seguiré en reforzar argumentos de esta naturaleza, que no harían sino el obligarme a repetir capítulos de psicopatología, que es una materia normal de los estudios médicos. Las excepciones que se señalan en el decreto que comento, tienen un fundamento puramente médico y son destinadas a ese pequeño porcentual de estados de anormalidad, incapaces de una continencia, y que encuentran en la tolerancia una forma de dar rienda suelta a sus impulsos, sin ofender la moral pública ni caer en medidas de orden policial. Por ello, sin violar los principios abolicionistas que la ley 12.331 tiene, es que veo como reforma oportuna el decreto que modifica su artículo 15 y que coloca en manos de la autoridad sanitaria la oportunidad de su aplicación.

Yo adhiero, señor presidente, a las palabras del señor diputado Rojas, que dijo que para tratar este tema, tan complejo y tan escabroso, no es necesario hacerlo en una sesión pública, como la que estamos realizando. Esta Cámara no puede abocarse al estudio de tan importante asunto en estas condiciones. Esta ley de profilaxis es mala en su fondo y en su forma. No se trata de sólo dos de sus artículos: la modificamos toda o la derogamos totalmente.

Esta Cámara tendrá que dejar de lado los escrúpulos de orden moral y religioso y decirle, lisa y llanamente, al país si la aplicación de esta ley ha reportado beneficios o se ha provocado enormes perjuicios en la salud de la población. (¡Muy bien! ¡Muy bien! Aplausos.)

Aprobado el mencionado proyecto de ley por la H. Cámara de Diputados, pasa en revisión al H. Senado.

Con fecha 19 de diciembre de 1946, el Congreso sanciona la Ley N.° 12.912, cuyo artículo 1.° dispone que continuarán en vigor con fuerza de ley, a partir de la fecha de su publicación, todos los decretos leyes citados con anterioridad.

Quedaron así, convertidas en leyes, las disposiciones dictadas durante el período de facto, con lo cual se ha estructurado un nuevo orden jurídico en el país, dotándolo de una nueva organización sanitaria.

Evolución de la Organización Sanitaria en el Mundo

Los organismos nacionales de sanidad fueron creados en los distintos países, en forma paulatina. Así, entre las Repúblicas Americanas, varias de ellas organizaron, por primera vez, sus departamentos nacionales de sanidad en las fechas siguientes: Argentina, 1880; Méjico, 1891; Chile, 1892; Uruguay, 1895; Brasil, 1897; Paraguay, 1899; El Salvador,1900; Perú, 1903; Guatemala, 1906; Bolivia, 1907; Venezuela,1909; Costa Rica, 1910; República Dominicana, 1912; Honduras, 1914; Haití, 1916 y Nicaragua, 1925. En Estados Unidos, 18 estados habían creado organismos estatales de sanidad antes de 1880; 13 lo hicieron en el decenio subsiguiente y en los demás estados, desde Florida y Dakota del Norte, en 1889, hasta Texas, en 1909, su desarrollo fué lento. El Servicio Nacional de Sanidad Pública de Estados Unidos tuvo una evolución constantemente progresiva por imperio de leyes promulgadas en 1889, 1890, 1893, 1902, 1912 y 1918, que le dieron una organización y funciones amplias, hasta la investigación y prevención de las enfermedades en general. Las Repúblicas de Cuba y Panamá, entre las americanas, poseen el honor de haber iniciado su existencia con servicio sanitario nacional para todo el país.

Bien que Cuba se haya adelantado con respecto al resto del mundo entero, al crear, en 1909, el Ministerio Nacional de Sanidad, la idea de centralizar la salud pública en una organización con jerarquía ministerial sólo toma cuerpo en 1918, como programa de posguerra. En Europa poseen Ministerio de Salud Pública, Inglaterra desde 1919, Francia desde 1920, y, además, en años subsiguientes, Polonia, Checoslovaquia, Yugoslavia, Servia, Austria, Alemania, Turquía, Bélgica, Hungría, Suiza, Dinamarca, etc.

Casi todas las Repúblicas Americanas contaban con esos ministerios en 1940, en forma más o menos amplia, con la excepción de Estados Unidos, Guatemala, Haití, México, Nicaragua y la Argentina. (*A. A. Moll*).

En nuestro país acaba de crearse, en 1946, la Secretaría de Salud Pública de la Nación, con jerarquía de Ministerio.

El concepto del frente o comando único, que se impuso después del conflicto bélico de 1914 a 1918 en el orden militar, fué extendido como «un ideal de reconstrucción a todos los órdenes de la Administración», (*D. E. Albrieu, sesión Cámara de Diputados del 4 de diciembre de 1946*).

La importancia y trascendencia que los gobiernos y los pueblos otorgan a los problemas de salud pública y asistencia social, permiten comprender la evolución habida en la organización sa-

nitaria, la cual se relaciona con el alcance y desarrollo que tuvo la legislación pertinente, a partir de 1918, que incorpora a la sanidad las últimas adquisiciones y progresos científicos.

Entre los puntos sobresalientes que, en todo o en parte, han sido cumplidos o considerados en la organización sanitaria de los diversos países, merecen señalarse los siguientes: reestructuración de los servicios sanitarios, incluso creación de nuevos ministerios de sanidad; protección e higiene de la maternidad y de la infancia; control de la mortalidad general e infantil y lucha contra la disminución de la natalidad y la despoblación; ampliación de la salubridad e higiene del trabajo; especificación de las industrias insalubres y de las condiciones del trabajo de mujeres y menores; institución del servicio social; difusión de las unidades sanitarias o centros de salud; aplicación de los postulados de la medicina preventiva, particularmente, de la educación sanitaria y propaganda higiénica y del examen sistemático y periódico de salud; perfeccionamiento de la bío-estadística y uniformidad de sus métodos; saneamiento general, higiene rural, ingeniería sanitaria e higiene de la vivienda; estudio de la nutrición de los pueblos; extensión de los servicios de laboratorio; prevención y control de las enfermedades transmisibles y lucha contra las epidemias; notificación obligatoria de la morbilidad, en especial, infecciones; organización de la campaña contra las endemias y los males sociales: paludismo, anquilostomiasis y otros helmintiasis, tuberculosis, lepra, enfermedades venéreas, enfermedades degenerativas, neurosis psíquicas e invalidizantes, toxicomanías, control de drogas y estupefacientes, atención dedicada a la formación y preparación del personal sanitario, régimen integral de su trabajo (full-time) y escalafón sanitario; institución del seguro social obligatorio en algunos países (Chile, Perú y Ecuador lo contaban en América en 1940) y en estudio en otros, etc.

A estos avances sanitarios, de carácter público, se une en los últimos tiempos, una mayor conciencia higiénica del pueblo sobre sus derechos y necesidades en el dominio de la salud.

Por otra parte, las Cátedras de Higiene de las Escuelas de Medicina amplían sus programas de enseñanza y enfocan la investigación, principalmente de la higiene pública y de la medicina social, contribuyendo a formar una nueva mentalidad sanitaria en los egresados e, indirectamente, una influencia sobre los poderes públicos.

En nuestro medio, hasta la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública, los múltiples comandos sanitarios que existían en el orden nacional, aparte de la dispersión y desperdigamiento de los esfuerzos y de las interferencias de las actividades, gravitaban desfavorablemente sobre la eficiencia sanitaria y el rendimiento de los servicios y, en consecuencia, sobre la economía de la Nación. Por ello, los decretos del Poder Ejecutivo N.° 12.311 de

1943, que crea la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social; el N.º 31.589, de 1944, que le da su estatuto, y el N.º 34.640 del mismo año, que le asigna las funciones, deberes y atribuciones que tenía el Departamento Nacional de Higiene y las distintas direcciones y comisiones creadas por leyes de la Nación, han significado un gran paso adelante al procurar la unidad sanitaria que debe reinar en el país. Como complemento obligado de la unificación de los comandos técnico y administrativo, hubo que asignarle a la organización sanitaria la jerarquía que debe tener la institución dentro del Estado, a cuyo efecto el Decreto N.º 14.807 de 1946, crea la Secretaría de Salud Pública de la Nación. Con ello, la República Argentina comienza a marchar al unísono con el movimiento universal sobre política sanitaria.

Sobre la unificación de los comandos sanitarios ha emitido su voto la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Buenos Aires en 1935, que recomienda «a los gobiernos la conveniencia de reunir los servicios de asistencia pública y privada, beneficencia y sanidad bajo el régimen de una sola autoridad». En idéntico sentido se expidieron los Congresos Médicos realizados en el país.

Ello no es óbice para que la coordinación de todas las actividades de orden sanitario, encomendadas a distintas autoridades —provinciales y municipales— y aun a las instituciones privadas, sea una realidad bajo una orientación técnica común.

La Secretaría de Salud Pública de la Nación está llamada a cumplir grandes destinos en el dominio de la salud del pueblo y de la asistencia social sobre la base de la unificación del comando, de la coordinación de las actividades sanitarias que se cumplen en distintas jurisdicciones y de los recursos suficientes que serán arbitrados para llevar a cabo el Plan Quinquenal del gobierno que encara, en el momento actual, las realizaciones requeridas indispensablemente por la salud pública.

CAPITULO II

LEY DE BASES DEL CODIGO SANITARIO Y DE LAS FACULTADES OTORGADAS AL ORGANISMO DE LA SANIDAD NACIONAL

Objeto: Ordenar la legislación vigente, coordinarla y renovar sus principios, y ampliar las facultades del organismo nacional para crear el derecho sanitario argentino, sobre la base de una legislación orgánica y racionalmente codificada.

Sujeto el hombre a las leyes inexorables de la vida y enfrentado, fatalmente, con la muerte, lógico es que, desde su aparición sobre la tierra, una de sus preocupaciones fundamentales, derivada de su instinto de conservación, fuera la de luchar contra las causas motivadoras de su desaparición prematura. En este sentido, debe tenerse presente que los factores susceptibles de producir la enfermedad preceden al hombre, toda vez que las investigaciones han demostrado la existencia de fenómenos morbosos en épocas prehistóricas.

La tentativa de luchar contra esos fenómenos ha tenido como origen el instinto del hombre, quien actuaba, así, sin conocimiento de las leyes reveladoras de los mismos. Muy pronto, sin embargo, él fué advirtiendo una relación causal entre los hechos exteriores y los quebrantamientos de su salud, limitada, en su conocimiento, a los aspectos inmediatamente visibles de esa relación. En tales circunstancias, el hombre establece, empíricamente, la existencia de ciertas leyes naturales que dan lugar a la aparición de la medicina empírica. Se sostiene, no obstante, que los pueblos que habitaban a orillas del mar Egeo habrían estado interesados en todo lo referente a su salud y que ese interés estaría imbuído por principios de colectividad.

Ante la imposibilidad de poder obtener una explicación de ciertos hechos naturales, el hombre atribuye a fuerzas extrahumanas su desencadenamiento y piensa que, en su defensa, debe recurrir a invocar la protección de las divinidades a las que cree capaces de operar prodigios. Constituye ésta la etapa de la medicina conocida con la denominación de «mágica o teúrgica».

La evolución de algunos pueblos primitivos, aquellos cuya trayectoria constituye un eslabón de la civilización, especialmente el desarrollo progresivo de su inteligencia, transforma las leyes

instintivas en creencias religiosas. De ahí la tendencia a concentrar la autoridad y el poder en manos de quienes son considerados como intérpretes de la voluntad divina los que, por consiguiente, monopolizan la facultad de curar.

Precisamente, entre estos pueblos, aparecen los primeros preceptos normativos que configuran los orígenes de la legislación sanitaria.

De la circunstancia de ser los sacerdotes los encargados de tutelar la pureza del pueblo y de la de ser la pureza física llevada a un plano de igualdad con la pureza moral, se asigna a las prescripciones higiénicas el carácter de preceptos religiosos.

El antiguo pueblo de Israel, que sura el grado de desarrollo alcanzado por las culturas anteriores lo que se concreta en prinicipios morales más elevados, ofrece un amplio campo para la investigación del desenvolvimiento de los principios higiénicos.

En este pueblo, particularmente, se limitan los derechos subjetivos en su mutua interferencia en beneficio de los intereses de la comunidad, donde nace un verdadero estado de conciencia pública. Aparece, pues, en la legislación, cierto sentido de colectividad. No escapan a esas prescripciones limitativas los preceptos que tienden a tutelar la salud y se origina por primera vez el concepto de la legislación sanitaria fundada en la supremacía del interés de la comunidad sobre el del individuo. Claro ejemplo de ello nos lo ofrece el Código Sanitario de Moisés.

Prescindiendo de la medicina y de los principios higiénicos de los tiempos homéricos, cuyos antecedentes hallamos en la Ilíada, época en la que, junto a elementos extranaturales, se concreta, sin embargo, la idea de la medicina como «arte»; de la época posthomérica, en que la península helénica sufre el influjo de las civilizaciones orientales, por definición, místicas y estáticas, corresponde señalar que, correlativamente a la aparición de su filosofía, aparecen los rudimentos de la medicina encarada como técnica, toda vez que los esfuerzos se orientan hacia la construcción de un método capaz de explicar las relaciones de causalidad que existen en los fenómenos de la naturaleza .

La medicina se va independizando, de tal manera, de la concepción religiosa y va asentando sus cimientos en el terreno de la experiencia. Se advierte, asimismo, que el interés sobre el cuidado de la salud tiene, en esta época, una verdadera trascendencia nacional.

El progreso alcanzado en este sentido por la cultura helénica, tuvo una influencia decisiva en el ulterior desarrollo de la civilización romana, la que, si bien en el campo de la medicina no aporta ningún progreso técnico notable, presenta a la consideración del observador el mérito de haber concretado en leyes, en el sentido jurídico, los preceptos normativos inspirados en los

pueblos griegos y orientales, destacándose, además, por sus monumentales obras de higiene pública que han servido de ejemplo para los pueblos hasta los cuales alcanzó a extenderse su influencia y para los que habrían de sucederle a través de los siglos. depositarios de su acervo cultural.

No sólo en las obras de Celso y de Plinio, particularmente en las del primero, se establecen los pricipios de la medicina preventiva y de la influencia del medio ambiente en la prevención y tratamiento de las enfermedades, sino que, la monumental construcción jurídica de ese pueblo nos ha legado un conjunto de normas vinculadas con la salud pública.

Así, por ejemplo, la Lex Cornelia castigaba a los médicos que por culpa o impericia provocaban la muerte de un enfermo; la lex Aquilia establecía la fiscalización de los profesionales y contemplaba los supuestos de negligencia. Existía también una reglamentación sobre la prostitución.

La preocupación de los legisladores romanos en esta materia ha sido extraordinaria y se ha traducido en la aludida legislación que contiene normas sobre canalización, aguas potables, construcciones, alimentos, y saneamiento en general.

Más tarde, al sobrevenir el desmembramiento del Imperio Romano, el feudalismo medieval trae aparejado la creación de numerosas divisiones territoriales, dentro de cada una de las cuales la técnica adquiere características propias.

No es posible, pues, abarcar en una vista de conjunto el panorama de la legislación sanitaria en esta época, hacia cuyo crepúsculo se dictan algunas disposiciones de ese carácter, como las de Milán, Venecia, República de Ragusa, conteniendo normas profilácticas sobre la peste, que se referían a cosas y personas infectas o sospechosas de estarlo, comprendiendo el aislamiento y la denuncia obligatoria. Es, entonces, cuando aparecen las primeras disposicionnes cuarentenales.

Este movimiento legislativo adquiere un interés más señalado en Venecia.

Las devastadoras epidemias que azotaron a Europa en los siglos XVII y XVIII, con sus inevitables secuelas de muerte y miseria, provocan un resurgimiento en el estudio de la higiene y, por lógica consecuencia, de la adopción de normas de defensa. Bueno es recordar que entonces, con la monumental obra de Ramazzini, «De morbis artificum diatriba», nace la higiene profesional, delineándose el conocimiento de las relaciones entre determinadas labores y las enfermedades de los trabajadores. También, por entonces, en algunas repúblicas de la península itálica y en el Estado Pontificio, se dictan diversas disposiciones de carácter profiláctico.

Hasta entonces, los antecedentes de normas positivas que, desde luego, constituyen una preciosa información para un profundo

estudio de la evolución histórica de las normas de higiene, no representaban un cuerpo de legislación orgánica en materia sanitaria.

No se cristaliza como sistema la intervención del Estado, o más bien dicho, de los poderes públicos y, sobre todo, no se perciben con claridad los fundamentos científicos y jurídicos de la misma.

Al finalizar el siglo XVIII el desenvolvimiento de los conocimientos técnicos y prácticos de la higiene, implica un preanuncio de la era científica, caracterizada por las investigaciones y las disposiciones que se dictan en algunos países, particularmente en Inglaterra, que por entonces, desempeño un papel predominante en los aspectos profilácticos y asistenciales, paralelo a la importancia de su economía y de su cultura, como un anticipo de la moderna legislación.

Ya por esa época, Juan Pedro Frank, desarrolla el concepto de que el cuidado de la salud pública, constituye una finalidad del Estado, preconizando su intervención, no sólo en las circunstancias en que estallan enfermedades epidémicas graves, sino también para que ella comprenda un sistema permanente de medidas preventivas. No sólo enuncia los fundamentos políticos, sociales y científicos de su tesis, sino que esboza los jurídicos y propugna una acción planificada. Corresponde a Lavoisier el mérito de haber proyectado una legislación sobre las enfermedades contagiosas.

Siempre como reacción de los pueblos ante los sufrimientos causados por las grandes epidemias, las consecuencias desastrosas del cólera que se extendió en 1830, intensificaron los estudios y las realizaciones prácticas higiénicas, así como el perfeccionamiento de la legislación especial. Las epidemias comprometían las bases mismas de la expansión marítima y comercial de Inglaterra y, por otra parte, el desarrollo de las comunicaciones y la industrialización, junto a otros factores, provocaron la migración de las masas campesinas a las ciudades, originando nuevos problemas sanitarios.

Estos problemas nacían, así, como consecuencia de nuevas realidades económicas y sociales e hicieron necesario que los Estados crearan organismos especializados, lo que implica, por definición, la incorporación de lo atinente a la sanidad y a la disciplina jurídica que comprende el derecho administrativo y que atañe a la ciencia de la administración.

Es así cómo se creó en 1848, en Inglaterra, la Oficina General de la Salud Pública, en la que se centralizó la administración sanitaria, que llega, en su desarrollo, a adquirir la jerarquía de Ministerio de Salud Pública.

Desde luego, la creación y desenvolvimiento del citado organismo administrativo, supone un proceso de elaboración legislativa. Así el parlamento inglés estudió y dictó las famosas «Health Acts», que documentan un período importante en la evolución del Derecho Sanitario.

Su profundo respeto por las leyes y el sentido de disciplina social que le impulsa al acatamiento de las disposiciones gubernativas fundadas jurídicamente, fomentaron en el pueblo inglés el desarrollo de una conciencia sanitaria, que favoreció la aplicación exitosa de las normas generales de higiene y fructificó en iniciativas privadas tendientes a cubrir otros aspectos del problema que la salud del hombre plantea. No debe olvidarse, así, a Florencia Nightingale, luminosa figura en la historia de la piedad humana, cuya porfiada devoción la distingue como la iniciadora de una nueva etapa en la asistencia de las víctimas de la guerra; a Tomás Roberto Malthus, que pone de manifiesto la importancia de la estadística médica, hoy reconocida como elemento substancial para toda planificación sanitaria; a Guillermo Farr, fundador de la estadística de la morbi-mortalidad, etc.

El ejemplo de Inglaterra cunde en varios países europeos. En 1822, Francia crea el Consejo Superior de Sanidad Pública, estableciendo las bases de una organización sanitaria; y Alemania, ante el éxito alcanzado por la sistematización llevada a cabo en Inglaterra, la adopta como base de su propia organización sanitaria.

Si bien es cierto que en los períodos culminantes de distintas civilizaciones anteriores, se esbozó la aparición de una conciencia colectiva, la ignorancia, la superstición y el interés personal trabaron su exteriorización definitiva y su fijación como una conquista perdurable. Puede decirse, pues, que es recién en esta etapa cuando comienza a alborear un verdadero sentido de comunidad, es decir, del interés del pueblo en conjunto, en lo referente a la higiene y la salud. Concomitantemente, la asunción por los poderes públicos, el Estado y las Municipalidades, de las funciones tendientes a su tutela.

Consecuentemente, los estados europeos fueron comprendiendo la necesidad de establecer las bases de una solidaridad internacional para encarar la lucha sanitaria; así es cómo se llega a celebrar la Primera Conferencia Internacional, en París, en el año 1851, a efectos de unificar los esfuerzos para combatir la difusión de la peste, el cólera y la fiebre amarilla.

Se comienza así a establecer el pilar básico sobre el que se habrá de apoyar la legislación sanitaria en la materia.

Para completar el panorama de la evolución experimentada por el concepto de la sanidad pública, es necesario referirse a la denominada era pasteuriana, que constituye, en realidad, la era científica, toda vez que el conocimiento de los fenómenos vinculados a dichos problemas, deja de ser empírico para adentrarse más profundamente en las relaciones de causa a efecto.

La creación de la ciencia de la microbiología constituye un jalón de trascendental importancia en el desenvolvimiento de la téc-

nica médica, y los conocimientos que ella aporta, influencian notablemente la legislación reguladora en materia sanitaria.

Los procedimientos de prevención contra las enfermedades infectocontagiosas, el más formidable de ellos, la vacuna contra la viruela, si bien fué descubierta mucho antes de Pasteur, adquiere su trascendental importancia cuando la era empírica queda superada por las bases científicas cuyo establecimiento constituye el mérito indiscutible de aquél.

Pasteur y Koch, padres de la ciencia de la microbiología, constituyen los exponentes más esclarecidos de la era científica. De sus investigaciones, y de las realizadas por sus discípulos y continuadores, ha surgido la solución de algunos de los más graves problemas que preocupaban al individuo y a la sociedad, brindándoles los medios para la lucha contra las enfermedades infecciosas, los que se tradujeron, por otra parte, en normas de legislación de tipo cada vez más coercitivo que se imponían al individuo en defensa de la comunidad.

Las investigaciones realizadas en el campo de la biología, especialmente el perfeccionamiento de la teoría celular, llevado a cabo por Virchow, origina los estudios sobre la fecundación y la herencia.

Llegó, en un momento determinado, la investigación biológica y bacteriológica a convertirse en el punto de vista esencial, perseguido por los estudiosos, en coincidencia con el encumbramiento del materialismo en el campo de la filosofía. De la misma manera, cuando ésta comienza a señalar una franca reacción contra esa concepción, la medicina recurre a una nueva explicación teleológica de la evolución de la especie, fundada esencialmente en los conocimientos adquiridos sobre la herencia y en las revelaciones suministradas por las concepciones acerca de la inmunidad.

Al establecerse, de esa manera, la influencia de tales fenómenos sobre el individuo, se produce una notable transformación en el concepto de la sanidad, pues la defensa de la salud ya no es considerada un problema atinente a cada individuo, sino capaz de promover el interés de toda la comunidad, la que comienza a reclamar para sí el papel de protagonista en esa lucha, en virtud que todo ataque sufrido en su salud por un solo individuo tiene, según lo ha demostrado la experiencia, influencia inmediata sobre la organización social.

Puede afirmarse, en síntesis, que este período se caracteriza por la evolución que señala la ciencia médica al trasladar el centro de gravedad de su actividad, del individuo al Estado y paralelamente, de la terapia a la prevención; todo ello, naturalmente, es acompañado por un destacado movimiento en la legislación sanitaria, la que va tendiendo, a adquirir cada vez mayor amplitud.

No cabe duda que, si bien desde el punto de vista científico y legislativo, se hallaban abiertos los más amplios horizontes para su ulterior desarrollo, se iba formando una conciencia en los hombres señeros en la materia de que no bastaban los adelantos de la ciencia ni el perfeccionamiento de la legislación de policía sanitaria para la salvaguarda de la salud humana.

Se percibió que el bienestar físico respondía, en buena parte, a factores económicos y sociales, de tal modo, que la solución de éstos debía correr paralela a la acción orientada hacia la defensa de la salud.

El problema de la sanidad pública deja, así, de ser exclusivamente reservado en su solución a la técnica, para requerir, indispensablemente, los aportes de otras disciplinas. Cierto es que podrían existir antecedentes en la doctrina de sociólogos y juristas, en la prédica de higienistas y aun en algunos elementos legislativos sobre el enfoque armónico de la técnica con la sociología y la economía, pero no es menos cierto que es recién a partir de la hecatombe que conmovió a la humanidad en el período 1914-1918, que se inicia una política sanitaria que se caracteriza, según se ha dicho, por la aplicación coordinada de aquellos factores que son recogidos en las normas sanitarias.

En este mismo ciclo se opera una transformación de la concepción de los problemas relativos a los sectores carentes de las posibilidades de satisfacer sus más premiosas necesidades.

El antiguo concepto de la beneficencia, ejercida, ya fuera por el Estado o por entidades privadas y aun por los particulares, es sustituído por el de la asistencia social. Ya no es la piedad ni la conmiseración lo que impulsa a socorrer al desvalido, sino que la protección a éste es acordada en base a los dictados de la justicia social; ya no es una gracia que se pide, sino un derecho que se ejercita.

Las modernas doctrinas del derecho público que consideran al Estado como un instrumento del bienestar social, propugnan, para satisfacerlo integralmente, una acción sanitaria y de asistencia social coordinadamente concebida e íntima y armónicamente realizada. Esa acción requiere, necesariamente, una legislación adecuada, tanto en los aspectos que hacen a la substancia del problema cuanto a aquellos que tangencial, pero intensamente, inciden sobre el mismo.

Referida esa legislación en un principio a la teoría del poder de policía y estructurada luego, dentro de la policía sanitaria, significa hoy día el aspecto positivo de una rama perfectamente tipificada dentro del derecho.

La estructura legislativa debe comprender, en la materia, dos grandes esferas: la que se vincula a la policía sanitaria, que se ca-

racteriza por su naturaleza preventiva y coercitiva, por una parte; y, por la otra, la que reconoce por sustento y por objeto la asistencia social, concebida, tal como se ha dicho, como finalidad del Estado, que comprende, desde luego, desde el punto de vista jurídico, la asistencia estrictamente sanitaria.

Claro está, como también se ha apuntado, que como los problemas vinculados a la economía y a la vida social repercuten grandemente sobre la salud pública, la previsión social, la educación de las masas y las leyes económicas y normas reguladoras de las relaciones del trabajo deben converger con las sanitarias hacia el objetivo común de todas ellas que es el bienestar social.

De lo expuesto se deduce que la sola aplicación de los principios generales contenidos en el Derecho Administrativo, no es suficiente para regular la actividad del Estado en esta materia. Su complejidad y especificidad originan, en el campo doctrinario, la concepción de la existencia de una rama que, desprendida del Derecho Administrativo, se presenta con características propias: el Derecho Sanitario.

Ya en el siglo XVIII, Stein introdujo en la terminología jurídica la denominación de «derecho sanitario», atribuyéndole autonomía dentro del Derecho Público. Más tarde, Lessona sigue su misma doctrina, sosteniendo que el concepto de policía sanitaria era excesivamente restringido para involucrar toda la actividad del Estado en materia sanitaria.

No debe perderse de vista que en la estructura legislativa, específicamente sanitaria, y en la acción que el Estado debe desarrollar para obtener las finalidades que la inspiran, son la prevención y la asistencia médica las piedras angulares. Olvidarlo implicaría un grave riesgo, porque el cumplimiento de los principios que los progreso de las ciencias médicas han incorporado al acervo científico de la humanidad, constituye el medio fundamental.

Desde el punto de vista jurídico, ello implica que el poder de policía representa siempre un sustento esencial de esa acción. Por otra parte, el poder de policía constituye uno de los dominios más importantes del Derecho Público y su teoría, una de las materias que más atrae la atención de los juristas.

El concepto, los supuestos jurídicos constitucionales, sus caracteres y las cuestiones accesorias que el poder de policía y su ejercicio plantean en la organización institucional del Estado y en el juego de los derechos individuales, han sido ampliamente debatidos en la doctrina y la jurisprudencia.

No corresponde aquí abundar en mayores consideraciones al respecto, puesto que se trata de un tema amplio y repetidamente abordado por publicistas nacionales y extranjeros.

Con relación a la policía sanitaria, se afirma y reconoce en la doctrina que la actividad del Estado puede y debe surgir cuando

los medios individuales son insuficientes para prevenir y reprimir el peligro de enfermedad, cuando se trate de enfermedades susceptibles de provocar un peligro social, en cuyo caso el respeto a la libertad individual no puede constituir un obstáculo a dicha actividad, y cuando aun tratándose de enfermedades que no aparejen un peligro inmediato para la sociedad, no pueda permanecer indiferente frente al individuo que, al descuidar su salud, compromete su vida, y con ella le ocasiona un perjuicio por la pérdida que representa la extinción de un valor humano y compromete, también, su descendencia con la consiguiente repercusión en el desmejoramiento de la raza.

A diferencia de otros aspectos del poder de policía, la policía sanitaria se singulariza porque muchos de sus preceptos revisten carácter positivo. Esa diferenciación se acentúa, precisamente, en los últimos tiempos, traduciéndose en normas coactivas para el individuo a quien obligan a realizar o soportar determinadas acciones en su beneficio y en el de la colectividad.

El esquema histórico y doctrinario que ha quedado reflejado con relación a las normas sanitarias, el desarrollo experimentado por las mismas y la evolución señalada en cuanto a la extensión y límites de la intervención del Estado, en defensa de la salud colectiva, debe ser completado con la consideración del movimiento internacional en pro de la misma.

Las causas susceptibles de constituir agresiones a la integridad de la salud humana, no repercuten solamente dentro de un determinado límite político, sino que, rebasando las fronteras de un país, pueden proyectarse aún en los más lejanos.

Si bien en un principio la acción de los Estados se circunscribía a la defensa de la población dentro de sus propias fronteras y, por lo tanto, la legislación tendía preponderantemente a evitar en beneficio de sus propios habitantes, la penetración de las enfermedades dentro de sus dominios, a medida que se va desarrollando un verdadero concepto de cooperación internacional, inspirado por elevados principios de solidaridad, la legislación es influenciada por esa nueva concepción del papel de los Estados en el concierto mundial y su acción no se orienta, exclusivamente, a la defensa de su población, sino que se traduce en una intensa colaboración en beneficio de la humanidad.

Fundada la defensa de las fronteras en el ejercicio del poder de policía de los Estados, vale decir, como un atributo de su soberanía, en este orden de ideas vinculado a la proyección de su personalidad en el orden internacional, un detenido estudio de la evolución operada en la legislación comparada, nos demuestra que, en sus orígenes, su aplicación se traducía en medidas rigurosas que importaban una traba para las comunicaciones y el comercio.

El convencimiento de que tales medidas, que implicaban la actuación aislada de los países obedeciendo a concepciones e intereses locales, resultaban a menudo, inoperantes y carentes de fundamentos científicos; el perjuicio que se ocasionaba a la economía general de los Estados y la conciencia de que sólo el esfuerzo común de los países, aun de los más alejados geográficamente, podría producir resultados eficientes en esa lucha, trajo como consecuencia, un movimiento internacional que nace con la Conferencia de París del año 1851, ya citada, y en cuya evolución han influído los congresos estrictamente científicos que, ultrapasando los confines de cada Estado, estudian las circunstancias de la sanidad de todos los pueblos y les allegan útiles enseñanzas y vinculaciones para promover una legislación común, preparando así el campo propicio para la concertación de tratados.

Desde luego, lo que directamente interesa acá son las normas positivas. La Conferencia de París de 1851, constituyó la primera tentativa tendiente a establecer cierta uniformidad en las legislaciones locales sobre bases razonables que atenuaran las medidas de cuarentena de los navíos y el aislamiento de los pasajeros.

Ulteriormente se celebraron otras conferencias: en París, en 1859; en Constantinopla, en 1886; en Viena, en 1874; en Wáshington, en 1881; en Roma, en 1885. Diversas causas, entre ellas la falta de informaciones científicas suficientes para establecer las bases de un sistema profiláctico adecuado, impidieron que se llegara a suscribir una convención internacional. La primera que llegó a concretarse fué la dictada en Venecia en 1892, con el objeto de adoptar medidas de defensa a aplicarse en el Canal de Suez, para impedir la introducción del cólera en los países que se hallan sobre el Mar Mediterráneo. En 1893 se reunió la Conferencia de Dresden que estableció la norma, entonces novedosa, de la declaración obligatoria del cólera y la notificación de su existencia a los otros Estados. La Conferencia de París de 1894 reglamentó los peregrinajes musulmanes y prescribió medidas de defensa en vista al Golfo Pérsico. La Conferencia de Venecia de 1897, establece las bases de una profilaxis internacional de la peste, emitiendo un voto en el sentido de que una comisión de técnicos coordinaría y codificaría las disposiciones prescriptas por las conferencias de 1892, 1893, 1894 y 1897.

La Conferencia de Paris de 1903, convocada como consecuencia de la aparición de la peste en Egipto en 1899, y de la adquisición de nuevos conocimientos técnicos sobre su propagación, dió lugar a la primera convención sanitaria internacional sobre el cólera y la peste.

La Conferencia de Roma de 1907 adopta, definitivamente, un proyecto de creación de la Oficina Internacional de Higiene Pública, con sede en la ciudad de París, cuyo objeto principal fué el de

recopilar y poner en conocimiento de los Estados participantes los hechos y documentos de carácter general, relacionados con la salud pública y, especialmente, en lo concerniente a las enfermedades infecciosas, en particular al cólera, la peste y la fiebre amarilla, así como las medidas tomadas para combatir esas enfermedades.

La Convención de París de 1912, amplió los términos de la adoptada en Roma en 1907, adaptándola a los nuevos progresos de la ciencia; empero, esta convención solamente entró en vigor después de la guerra de 1914-1918. La Convención de 1926 incorpora a las enfermedades tenidas en cuenta hasta entonces, el tifus exantemático y la viruela y perfeccionó el régimen de las comunicaciones sanitarias en un sistema coherente, mejorando lo relativo a la profilaxis antipestosa. Preparado el texto de esta convención por la Oficina Internacional de Higiene Pública, cabe señalar que, por entonces, existía otro organismo internacional en la materia. El pacto de la Sociedad de las Naciones contenía, en algunas de sus disposiciones, normas de carácter sanitario. El artículo 23 establecía que los miembros de la Sociedad se esforzarían en tomar medidas de orden internacional, para prevenir y combatir las enfermedades, y el artículo 24 prescribía que todas las oficinas internacionales, anteriormente establecidas por tratados colectivos, quedarían, siempre que mediara consentimiento de las partes, bajo la autoridad de la Sociedad. En virtud de lo dispuesto en el artículo 23, la Sociedad de las Naciones creó la Organización de Higiene. En definitiva, la Oficina Internacional de Higiene Pública, no fué colocada bajo la autoridad de la Sociedad de las Naciones, conservando su autonomía y su estructura estatutaria, pero no estableció una mutua colaboración.

Entretanto, en el campo internacional, se han ido adoptando otras convenciones y arreglos, tales como la Convención Sanitaria Internacional para la Navegación Aérea del 12 de abril de 1933 de La Haya, el arreglo internacional de Bruselas del 1.° de diciembre de 1924, sobre medidas internacionales tendientes a la atención de los marinos afectados de enfermedades venéreas, la Convención Internacional del Opio, firmada en La Haya el 23 de enero de 1912, la Convención Internacional del Opio y el Protocolo, firmados en Ginebra el 19 de febrero de 1925 y la Convención para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes, firmada en Ginebra el 13 de junio de 1931; la Convención sobre Suero Antidiftérico del 1.° de agosto de 1935, adoptada en París; arreglos firmados en París el 22 de diciembre de 1934, sobre supresión de patentes de sanidad y de visaciones consulares en las mismas, etcétera.

Las Convenciones de París de 1926 y de Bruselas de 1933, si bien la primera se refiere fundamentalmente a la profilaxis inter-

nacional y la segunda a la navegación aérea, contienen normas que, directa o indirectamente, involucran el cumplimiento por parte de los países signatarios, de medidas que inciden en los aspectos internos de la sanidad pública de los Estados.

Ambas convenciones fueron modificadas por las de Wáshington de 1944, en virtud de la Resolución N.º 8 del Consejo de la U.N.R.R.A.; las que extienden, evidentemente, el sentido de colaboración en la acción sanitaria internacional y las recíprocas obligaciones de las partes contratantes, frente al supuesto de brotes de toda enfermedad transmisible que se determine por la U.N.R.R.A. o cada parte.

En el orden americano, se nota, a partir del siglo XIX, un movimiento tendiente a establecer la conjunción armónica de la acción de los Estados en su lucha contra las enfermedades, que se concreta en la Convención Sanitaria del 25 de noviembre de 1887, suscripta en Río de Janeiro por la República Argentina, la República Oriental del Uruguay y el Imperio del Brasil, a la que más tarde adhirieron Chile (marzo de 1889) y Paraguay (14 de noviembre de 1890).

Al ser denunciada esta Convención por Brasil, surge un estado de anarquía en materia de sanidad marítima, al que pretendió poner fin la Convención Sanitaria Internacional firmada en Río de Janeiro el 12 de junio de 1904 por Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay, cuyo preámbulo expresa la finalidad de fijar las bases de la profilaxis internacional de manera que se eviten «inútiles obstáculos a las transacciones comerciales y al tránsito de los viajeros», en vista a la lucha contra la peste de Oriente, el cólera asiático y la fiebre amarilla.

Vinculadas las naciones de América por razones geográficas, unidas gran número de ellas por la raza y la historia y todas por un común ideal de solidaridad panamericana, sin perjuicio de frecuentes arreglos y tratados bilaterales o extensivos a un número limitado de países, la cooperación internacional deja de ser una ilusión de los hombres que tenían una visión amplia y generosa de la forma en que debían ser encarados los problemas de la sanidad pública, para, en una primera etapa, convertirse en materia de debate internacional.

Las Conferencias Sanitarias de Montevideo (1873), de Wáshington (1881), de Río de Janeiro (1887), ya citadas, y de Lima (1888), si bien estuvieron circunscriptas en cuanto a su esfera de acción y no produjeron consecuencias prácticas inmediatas, representaron un aporte de valiosas inquietudes y de importantes estudios, incluyendo anteproyectos de convenciones internacionales, en los que se contemplaban, entre los aspectos que es del caso señalar, la notificación por los diversos Estados, de las respectivas condiciones sanitarias y la creación de oficinas internacionales de sanidad.

— Las conferencias sanitarias panamericanas, propiamente dichas, se inician en el año 1902, habiéndose llevado a cabo hasta el presente, once, y habiéndose celebrado la duodécima en el mes de enero de 1947, en la ciudad de Caracas.

A la trayectoria de este movimiento de cooperación interamericana, representado por las conferencias mencionadas, se vinculan, asimismo, las que realizan los directores nacionales de sanidad, en íntima coordinación con aquéllas y que debaten, también, interesantes aspectos científicos y normativos.

De la Segunda Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, reunida en Wáshington en 1905, nace una Convención Sanitaria ratificada por Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, Méjico, Nicaragua, Perú y Venezuela, contando, además, con las adhesiones de Brasil, Colombia, El Salvador y Honduras. Dicha Convención contempló la lucha contra la fiebre amarilla, la peste y el cólera.

El movimiento internacional a que se ha aludido, culmina en la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana de la Habana, en que se firma con fecha 14 de noviembre de 1924, el Código Sanitario Panamericano con la aprobación, por vez primera, de las 21 Repúblicas Americanas.

Debe destacarse que los preceptos de este Código determinan los fundamentos de una cooperación internacional más amplia, estableciendo nuevas obligaciones para los Estados signatarios, extendiéndose el campo de acción a otras enfermedades, además de las tres indicadas en la Convención de Wáshington de 1905 y disponiendo el intercambio de las estadísticas de morbi-mortalidad por medio de la Oficina Sanitaria Panamericana, en su carácter de órgano central de coordinación. Corresponde señalar que este centro internacional de sanidad de las Américas, es más antiguo que la Oficina Internacional de Higiene Pública y, desde luego, que la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones.

Finalmente, estuvo a consideración de la Conferencia celebrada en Caracas, el anteproyecto de un nuevo Código Sanitario Panamericano, el cual quedó en vigencia, en razón de que se halla en vías de constituirse la organización mundial de la salud, de la que la Oficina Sanitaria Panamericana constituirá el organismo sanitario regional de las Américas.

La íntima colaboración de los países de América, tan bien sintetizada en la XI Conferencia reunida en Río de Janeiro en 1942, al proclamar el principio de la igualdad de las naciones americanas en el sacrificio para la defensa conjunta del continente en lo relativo a salud pública, se orienta, en los últimos tiempos, en el sentido de adoptar, respetando las características propias de cada

país, similares normas sanitarias y asistenciales, llegándose, incluso a proyectar preceptos comunes para los códigos sanitarios nacionales.

Surge de lo expuesto, que la protección de la salud pública ha constituído, desde antiguo, una de las preocupaciones públicas, concretada, en la legislación moderna, como una función positiva de gobierno e incorporada, con la asistencia social, en la concepción actual del Derecho Público, como una finalidad del Estado.

Señálase, igualmente, un evidente paralelismo entre el desarrollo de la legislación sanitaria y el de los órganos administrativos que han concentrado la actividad del Estado en la materia, como que la ley, en principio, ha tenido a la creación de tales órganos y a fijar sus esferas de actividad, circunstancia ésta, a su vez, condicionada al tipo de organización institucional creado por las normas fundamentales de cada Estado.

Es así que, prescindiendo de los antecedentes de valor meramente histórico, se observa que la era moderna de la salud pública, coincidiendo con el período científico, se inicia con la creación en Inglaterra, en 1848, del Consejo General de Salud.

Por lo demás, fluye categóricamente que ya no puede ponerse en tela de juicio la facultad del Estado para legislar sobre salud pública y proveer a la asistencia general del pueblo para preservar y promover la salud de sus habitantes.

La regulación en esta materia, se ha caracterizado por su dispersión, falta de unidad y carencia de coordinación y sólo se ha esbozado la atribución de facultades orgánicas en algunas leyes aisladas de carácter general.

Análogas características presenta la legislación positiva de nuestro país, circunstancia ésta que evidencia la necesidad de no dilatar por más tiempo, la sistematización de esas normas, las que deben ser actualizadas de conformidad con los modernos conocimientos científicos, los compromisos internacionales vigentes y la concepción del Estado imperante en el campo del Derecho Público.

A tales principios habrá de responder el proyecto del Código Sanitario y de Asistencia Social, cuyas bases han sido remitidas por el Poder Ejecutivo al H. Congreso de la Nación.

Considerando el panorama de la legislación comparada, debe consignarse que, si bien ante las dificultades nacidas de la dispersión, inicialmente los esfuerzos se orientaron hacia la recopilación de los textos vigentes, advirtióse, prontamente, que con ello no se conjuraban los inconvenientes derivados de la falta de armonía y de coordinación, por lo que algunos países se abocaron a la consolidación de las leyes sanitarias en textos únicos, siguiendo procedimientos adoptados con anterioridad dentro de otras esferas políticas de jurisdicción limitada, tales como los municipios.

Típico ejemplo de ello, lo ofrece el Texto Unico de las Leyes Sanitarias Italianas, comunmente conocido como el Código Sanitario Italiano, que fué publicado originariamente el 1.° de agosto de 1907, sobre la base de la ley del 22 de diciembre de 1888 complementada con otras disposiciones legales y reglamentarias y actualizado por Real Decreto del 27 de julio de 1934.

La técnica legislativa se ha orientado, más recientemnete a la adopción de leyes orgánicas fundamentales de sanidad y de códigos sanitarios, cuya diferencia es, esencialmente, de carácter formal, toda vez que las leyes orgánicas se limitan a sentar los principios generales, dejando al campo reglamentario los aspectos complementarios.

Como ejemplo de este tipo de legislación, corresponde citar la Ley Orgánica de Salud Pública que rige en el Uruguay desde el 9 de enero de 1934, cuyos caracteres más destacados, además del de su generalidad, consisten en la limitación que, en muchos aspectos, impone a los denominados derechos individuales, su elevado alcance social y la obligatoriedad que establece para todos los habitantes del país, de someterse a las medidas de profilaxis o asistenciales, cuando, a juicio de la autoridad sanitaria, su estado de salud pueda originar un peligro para la colectividad. Inspirado en análogo sistema de técnica legislativa, el Estatuto Orgánico del Ministerio de Higiene y Salubridad de Bolivia, aprobado por acuerdo de Ministros del 6 de junio de 1939, presenta grandes analogías con la ley del Uruguay precitada.

Conviene tener presente que las normas que acaban de mencionarse como ejemplo de leyes orgánicas modernas, no obstante su característica esencial, o sea su generalidad, permiten, al dejar librado a la autoridad ejecutiva su ulterior reglamentación, que puedan considerarse incluídas en su texto todas las previsiones legales atinentes a la materia por ellas tenidas en vista.

Existe, por lo tanto, una diferencia sustancial entre estas leyes modernas y las que se dictaron, generalmente, a fines del siglo pasado y principios del presente, antes de que se generalizaran las doctrinas que fundamentan una mayor intervención estatal en los problemas de la sanidad pública.

En efecto, tomando como ejemplo nuestra antigua Ley Orgánica del Departamento Nacional de Higiene, N.° 2.829, se observa que no se confieren en forma precisa y amplia, las facultades indispensables para la salvaguarda de la salud pública en todos sus aspectos. Claro está que, en la época de su sanción, no se concebía que el Estado interviniera en la custodia de la salud individual y colectiva, salvo en los casos de enfermedades susceptibles de originar epidemias graves.

Mayor incremento adquiere, en la América latina, la tendencia codificadora, vale decir, la de adoptar estructuras jurídicas

orgánicas que comprenden todas las disposiciones legales fundamentales referentes a la sanidad. Necesario es advertir que, dentro de la correcta terminología técnico-jurídica, la voz Código sólo es adecuadamente aplicada cuando se la utiliza para denominar un texto que reúne las condiciones que se terminan de mencionar.

De acuerdo con lo expuesto, cabe citar los de la República Dominicana, del 10 de noviembre de 1920; el de Chile, del 15 de mayo de 1931, modificatorio del dictado en 1925; el de Méjico, de 1934, que modifica a su vez el del año 1926; el de Honduras, de 1926; el de El Salvador, de 1930; el de Guatemala, de 1937; el de Costa Rica, de 1943.

El movimiento de codificación sigue un proceso cuya progresión es pareja con la evolución jurídica de todos los pueblos.

Como ejemplo de este aserto basta citar que la civilización romana, caracterizada por el singular florecimiento de sus instituciones jurídicas, que constituyen aún el basamento de la organización jurídica actual, tuvo una codificación del derecho positivo, atribuída a Justiniano, cuya trascendencia es obvio destacar.

Producida la decadencia política del Imperio Romano, a raíz de la invasión de los bárbaros, pero influenciados éstos por la cultura romana, siguen subsistiendo los principios fundamentales de su derecho que, adecuados a las nuevas realidades, se codifican en el «Forum Judicum».

El Derecho Español siempre tiende a la codificación y así es que surgen el Fuero Viejo de Castilla, el Fuero Real, Las Leyes de Estilo, las Siete Partidas —imperecedera construcción jurídica de Alfonso el Sabio— el Ordenamiento de Alcalá, Las Leyes de Toro, la Recopilación, las Ordenanzas de Bilbao, la Nueva Recopilación y la Novísima Recopilación.

A medida que se han ido estructurando definitivamente los Estados modernos, se acentúa, asumiendo características específicas, la codificación del derecho. Federico Guillermo de Prusia promueve la sanción del Código General de los Estados Prusianos en 1794, codificación que comprende todo el derecho vigente. Es esta una de las características más salientes que hasta entonces revestía la codificación. Posteriormente, en particular, a partir de la sanción del Código de Napoleón, merced a la gran repercusión alcanzada por la legislación francesa, dictada después de la Revolución de 1789, la codificación de los países occidentales adquiere caracteres de especialización con relación a las distintas ramas en que la doctrina imperante considera dividido el derecho.

También a partir del Código Prusiano y del Código Civil Francés, la codificación tiende a apartarse de las modalidades que ofrecía hasta entonces.

En efecto: los anteriores contenían, además de los preceptos positivos, principios y doctrinas jurídicas, constituyendo, por otra parte, recopilación de leyes.

Los códigos modernos ofrecen un conjunto de normas de derecho positivo sistematizadas, enunciadas en forma breve y concreta, libre de toda declaración meramente doctrinaria y constituyendo una estructura jurídica homogénea.

Se trasunta de lo expuesto que, en el concepto moderno, un código significa la ordenación, en un cuerpo hemogéneo, de instituciones que integran un sistema jurídico, o bien, expresado en los términos de Geny, «un conjunto de disposiciones legales que versan sobre una materia de legislación positiva influído en su estructura por una idea general, a la que ordinariamente se refiere el título que al mismo código se da».

El campo de la doctrina aparece dividido al respecto, pues mientras algunos juristas la propician ardientemente, otros la resisten. Conocida es la posición de la llamada escuela histórica, cuyos exponentes más destacados, Savigny y Hugo, se opusieron a la sanción del Código Civil Alemán, propiciado por otros jurisconsultos nacionales encabezados por Thibaut, que sintetizó su posición en opúsculo «De la necesidad de un derecho común para Alemania».

Savigny, partiendo del principio de que el derecho es un producto de la historia que se elabora en la conciencia del pueblo y que evoluciona y se transforma constantemente, fijó su pensamiento en dos obras: «De la vocación de nuestro siglo para la legislación y el derecho» y «Sistema del derecho romano actual», sosteniendo que la codificación era un error pues, originaba el estancamiento del derecho, produciendo la paralización de su proceso evolutivo. Pese a los inconvenientes apuntados por la escuela histórica, ellos son superados por las ventajas de la codificación, en cuanto ella hace más factible el conocimiento y la aplicación del derecho y permite obtener principios generales que fundamentan la orientación jurídica del pueblo, en base a la concreción y metodización de las reglas jurídicas.

En la actualidad, puede considerarse como definitivamente aceptado por la doctrina que la codificación aporta ventajas indiscutibles. Por otra parte, en la generalidad de los países, el derecho ha sido codificado, notándose en los demás una pronunciada tendencia hacia la codificación, la que se manifiesta, ya sea en recopilaciones, ya sea en textos únicos.

La aplicación práctica del derecho crea la necesidad de que los textos legales reúnan las cualidades de claridad y certeza, las que pueden lograrse, con toda evidencia, más fácilmente en un código que en leyes dispersas y faltas de coordinación.

Aceptada la codificación como sistema incorporado ya a la técnica legislativa en cuanto concierne a las ramas fundamentales del derecho, y establecido que dentro del Derecho Público, el Derecho Administrativo constituye uno de sus principales capítulos, la codificación de éste ha sido y es motivo de controversias. No se estima del caso enunciar los argumentos que dividen la doctrina, siendo suficiente manifestar que el problema de la codificación del Derecho Administrativo estriba, sobre todo, en su acentuada movilidad, ya que comprende la exteriorización de las más variadas actividades del hombre. Este inconveniente, tal como lo señala Bielsa, puede ser obviado si se deslindan las dos esferas de actividad del Poder Ejecutivo, que es el Poder Administrador por excelencia, o sea la política y la administrativa, pues si bien es cierto que en lo político predomina el elemento circunstancial y variable, no lo es menos que en lo administrativo prevalece el fijo, estable y técnico.

Aceptado que el Derecho Sanitario, aun con la autonomía científica que hoy día se le reconoce, nace desprendido del Derecho Administrativo, cabe reproducir, a su respecto, las consideraciones desarrolladas en oportunidad de referirnos a la codificación del Derecho Administrativo.

Sin embargo, es oportuno destacar que la doctrina acepta que son precisamente las normas, tales como las del Derecho Sanitario, las más susceptibles de ser sometidas a un proceso de codificación.

Así, Santamaría de Paredes, que no admite sino la codificación parcial del Derecho Administrativo, expresa que debe comenzarse por la de aquellas materias «en que sus leyes estén más adelantadas, tengan mayor carácter sistemático y sufran menos la influencia del estado actual de los partidos políticos», condiciones éstas que, obvio parece destacarlo, aparecen reunidas en las normas reguladoras de la salud pública, y Bielsa señala que la policía de seguridad debe ser especialmente regulada y ordenada en un código especial, porque, alegando motivos de orden público, se da pábulo a la arbitrariedad del Poder Administrador quien, aun cuando lo usa, en principio, discrecionalmente, puede también usarlo abusivamente. Otro tanto puede decirse en lo referente a la policía sanitaria, a la policía de costumbres, etc. y, en general, a «la infinidad de manifestaciones de la actividad administrativa que exigen normas reguladoras, no inciertas y arbitrarias, sino precisas, determinadas, todo lo cual no se puede obtener sino mediante una legislación ordenada y sistemática, llámese o no Código».

No puede ponerse en tela de juicio que las leyes de salud pública y asistencia social han experimentado ya un suficiente proceso evolutivo, que sus principios obedecen a un concepto sistemá-

tico de las finalidades del Estado y que, por otra parte, desde ningún punto de vista pueden sufrir las contingencias derivadas de las controversias políticas. Es en materia de salud pública que pueden establecerse las restricciones más grandes al individuo y en que la actividad administrativa suele incidir más hondamente en la vida individual y en los derechos inherentes a la personalidad. Precisamente, para que la conciencia pública no pueda creer lesionados esos derechos, en la aplicación de las medidas indispensables para preservar y asegurar la salud, es que se hace evidente la necesidad de codificar las normas legales reguladoras de la actividad del Estado en la materia.

Los principios doctrinarios que se acaban de exponer se ven robustecidos por los ejemplos que brinda la experiencia recogida en aquellos países en que, según se ha indicado anteriormente, se promulgaron Códigos de Sanidad y fueron refirmados en numerosas conferencias nacionales e internacionales.

La comunidad espiritual de los países de América se ha exteriorizado, en conferencias americanas, a través de las recomendaciones que establecen la adopción de principios fundamentales uniformes para todos los países que concurrieron a las mismas, con el objeto de contribuir a hacer efectivo «el principio de la igualdad de las naciones americanas en el sacrificio para la defensa conjunta del continente, en la relativo a la salud pública», tal como surge de la resolución de la XI Conferencia Sanitaria Internacional, reunida en Río de Janeiro en 1942.

En el art. 6.º del anteproyecto de Código Sanitario Panamericano, se determina la inclusión, en los respectivos códigos nacionales de salud pública, de las normas que allí se fijan por considerarlas esenciales, circunstancia ésta que implica admitir, como un hecho cierto, que los países de América dictaron ya, o habrán de adoptar en un futuro cercano, un texto ordenado de legislación sanitaria. Por otra parte, la IX Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Buenos Aires en noviembre de 1934, había destacado la necesidad de reunir las normas reguladoras de la sanidad y la asistencia social en forma armónica y sistemática en cuerpos únicos .

De tal manera, pues, se advierte que en el continente americano predomina, en nuestros días, la tendencia a la codificación del Derecho Sanitario y que las 21 Repúblicas Americanas ya la han encarado en forma concreta, lo que así resulta del Código Sanitario Panamericano, suscripto el 14 de noviembre de 1924 en la VII Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en la ciudad de La Habana y la Adición a dicho Código, firmada el 20 de octubre de 1927 en la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana reunida en la ciudad de Lima.

Como se ha dicho, también en el orden nacional han tenido lugar conferencias de carácter sanitario, en las que se han sentado precedentes orientados hacia la codificación. Así, en la Conferencia Sanitaria Nacional de Buenos Aires del año 1923, convocada por el ex Departamento Nacional de Higiene, se recomendó dictar un Código Sanitario sobre las bases adoptadas en la misma conferencia, expresándose el anhelo de que tal código constituyera un «conjunto de leyes sobre la materia para uniformar las que rigen en todo el país».

Por otra parte, contamos con numerosos y valiosos antecedentes que ponen de manifiesto la existencia de una conciencia formada acerca de la necesidad de dictar un cuerpo orgánico de disposiciones en materia sanitaria.

Ya en el año 1882, el Poder Ejecutivo remitió al H. Senado de la Nación un proyecto de Código Sanitario. En el mensaje que aparece suscripto por el entonces presidente de la Nación, general Julio A. Roca, se ponía de manifiesto la influencia que ejerce el desarrollo alcanzado por el comercio internacional y los medios de comunicación sobre la propagación de ciertas enfermedades, aquellas susceptibles de originar epidemias, las que a su vez inciden en las fuentes de producción de las riquezas y el comercio, destruyéndolos, lo cual ha motivado «el mayor interés con que de algunos años acá los gobiernos se ocupan de las cuestiones sanitarias, no solamente de las que se relacionan con la higiene internacional, sino también con las que se refieren a la higiene pública interna, tan íntimamente en conexión con aquélla».

Con amplia comprensión de los verdaderos alcances del problema, señalaba que no es suficiente la adopción de medidas cuarentenarias para precaver la salud de la población y defenderla de los peligros de las enfermedades epidémicas, sino que es además, necesario «evitar por una serie de medidas, que aquellas calamidades y aun las afecciones que no revistan ese carácter, se desarrollen en nuestras poblaciones, y que después de dañarnos extiendan su influencia a los otros pueblos. Para obtener estos resultados es indispensable que la ley se ocupe de todas las causas susceptibles de engendrar y favorecer el desarrollo de las enfermedades. Por un encadenamiento lógico, estas causas se generan unas a otras, son solidarias, y no es posible tratar la cuestión de unas con prescindencia de otras».

En el mismo mensaje se destaca el fundamento de la intervención del Estado, que consistiría en la confianza depositada por el pueblo en los gobiernos, los que, de esa manera, no pueden dispensarse de acordarle el tutelaje, de un modo amplio, en lo que respecta a la salud y en los que también está a cargo del gobierno: la función de proveer lo conducente a la prosperidad del país y la

de salvaguardar al pueblo «de los males que trae una mala higiene y del abuso de los pretendidos sacerdotes de la salud».

El proyecto a que se acaba de aludir fué seguido por diversas iniciativas tendientes al mismo fin, entre las que se pueden mencionar los proyectos suscriptos por del Barco y Maidana, presentados a la H. Cámara de Diputados el 25 de abril de 1919; el de J. J. Capurro, presentado a la misma Cámara el 1.º de julio de 1920; el del Poder Ejecutivo de la Nación, de fecha 14 de setiembre de 1921; el de R. B. Trucco de fecha 21 de marzo de 1923 y el de A. M. Giménez.

Más recientemente se destaca el de la Comisión Especial de la H. Cámara de Diputados de la Nación, encargada de proyectar la organización de los servicios sanitarios de la República, sobre la base de la centralización y unificación de los mismos, la que produjo su despacho el día 21 de julio de 1939 (Orden del Día N.º 177), inspirado ese proyecto en la necesidad urgente de poseer una ley de salud pública, considerando que el país no podía demorar por más tiempo su legislación y organización sanitarias y que era indispensable la centralización, en un organismo único, de la dirección de todas las instituciones y la aplicación de todas las normas legales que se dictaren para regular las relaciones en materia de salud pública entre el Estado y los particulares.

Merece, asimismo, especial mención el proyecto de Ley de Salud Pública y Código Sanitario, producido por la Comisión Especial de Código Sanitario de la H. Cámara de Diputados de la Nación, con fecha 8 de setiembre de 1942, según consta en la Orden del Día N.º 122 de dicho año (Sesiones ordinarias).

El informe de la Comisión expresa, categóricamente, la necesidad y oportunidad de «establecer una ley que propenda a la unificación del servicio sanitario», con lo que se harían desaparecer «las diferencias irritantes entre los que tienen a mano la opulencia de todos los servicios asistenciales y los que carecen de los más insignificantes medios». Estimando que el problema sanitario es indivisible, afirma que una ley sanitaria para todo el territorio del país, «estaría firmemente abonada por su propia naturaleza técnica, que comprende el concepto unicista de la salud y de la enfermedad, que preside actualmente toda la arquitectura en que se funda la medicina moderna». El mismo informe expresa el carácter social de la ley proyectada; por ende, las atribuciones del Estado, con la correlativa restricción de los derechos individuales, han debido necesariamente, ser ampliadas de acuerdo con la moderna concepción social, que reemplaza a las viejas doctrinas políticas del Estado.

Por último, constituyen esfuerzos en el expresado sentido, el proyecto presentado a la H. Cámara de Senadores, que obra en

la Orden del Día N.º 27 de las Sesiones Ordinarias de 1942 y el Estatuto de la ex-Dirección Nacional de Salud Pública (Decreto 31.589/44).

El movimiento hacia la codificación, exteriorizado en las Américas en el campo internacional y en las esferas nacionales, en la forma que ha quedado reseñada, tiene sin duda alguna su fundamento. El Derecho Sanitario representa un sector amplio, definido y sustancial de los fines del Estado, concebido como instrumento del bienestar general. Esa finalidad no puede ser satisfecha mediante actividades que tienden a resolver aspectos parciales de las necesidades sanitarias y asistenciales y que, desde luego, son reguladas por normas aisladas.

Uno solo debe ser el espíritu jurídico, técnico y asistencial que presida la planificación de la lucha para la consecución de tan altos objetivos; armónico y sistemáticamente coordinado debe ser el desenvolvimiento de esa planificación, en cuyo engranaje no puede prescindirse de la asistencia social.

Por lógica implicancia, los preceptos fundamentales que prescriben la acción del Estado, sus alcances y sus límites, deben ser coordinados y armonizados en una estructura jurídica que reúna los caracteres de un verdadero Código Sanitario y de Asistencia Social que será el instrumento legal para conservar y promover la salud pública, que al decir de Disraeli «es la base sobre la cual reposa la felicidad de la Nación y el poder del Estado».

La proyección y estructuración armónica de las instituciones sanitarias y asistenciales, que habrán de regir las actividades respectivas, constituye una plausible medida de gobierno.

Innecesario es repetir que el ordenamiento jurídico es indispensable, para que el Estado desenvuelva, con la amplitud y energía necesarias, la acción tendiente a la consecución de sus finalidades.

El país ha advertido que late en los propósitos expuestos en el Plan Quinquenal una preocupación aguda, una visión realista de los problemas sanitarios y antecedentes que le atañen y una decisión vigorosa de encarar su solución.

Desde luego, es el logro del bienestar social, en el amplio sentido de la expresión, el anhelo que ha señalado el rumbo del pensamiento del Poder Ejecutivo. En su empeño se ha compenetrado de la relación íntima y paralela que existe entre todos los aspectos de la vida social, todos los cuales han sido contemplados en el Plan y constituyen materia de consideración legislativa y de planificación técnico-administrativa, que en la medida posible, ha sido iniciada en algunos sectores.

Las cuestiones sanitarias y asistenciales implican, basta enunciarlo, un problema cumbre, como que atañen a la salud y a la vida de los hombres. El tiempo perdido, particularmente por la

dispersión de esfuerzos, debe ser recuperado, movilizando orgánicamente todos los elementos técnicos, económicos y estrictamente administrativos, en un impulso poderoso.

Pero para que el vasto mecanismo sea eficiente y capaz de satisfacer esas necesidades vitales, realizando la obra renovadora y revolucionaria, es menester la previa estructuración jurídica.

Es así como, con alta visión de los supremos intereses del país, el Poder Ejecutivo ha remitido a la consideración del H. Congreso el proyecto de ley de Bases del Código Sanitario y de Asistencia Social acompañado de la exposición de motivos que, conjuntamente con aquél, se transcriben a continuación:

EXPOSICION DE MOTIVOS

«El Poder Ejecutivo tiene el honor de someter a la consideración de vuestra honorabilidad el adjunto proyecto de ley en el que se provea la realización de los estudios e investigaciones de carácter sanitario y social, jurídico y estadístico, tendientes, a la redacción del proyecto de Código Sanitario y de Asistencia Social para la República .

La vigilancia y la atención de la salud del pueblo, como función de gobierno, impuesta en el doble sentido de la asistencia médica preventiva y curativa, debe ser brindada en igualdad de condiciones a todos los habitantes del país, constituye una finalidad esencial, dentro del concepto del Estado moderno, imperando desde hace tiempo en las naciones más adelantadas del mundo.

Admitiendo como principio que es imperativo fundamental de toda colectividad, la preservación de la salud de los individuos que la componen, tratando de eliminar las causas que se oponen a ello surge de por sí la necesidad de sistematizar, en forma integral, las normas reguladoras de la materia, complementándolas con aquéllas que los nuevos conceptos sobre las obligaciones del Estado imponen, estructurándolas en una legislación armónica.

Por otra parte, la evolución que han experimentado las doctrinas del derecho público, en cuanto a la salud de la población se refiere, en el sentido de acordar preeminencia al interés colectivo con respecto al individual, evolución que también se opera en la legislación positiva, originándose las normas que regulan los distintos aspectos del problema, que son cada vez más ajustadas, tanto a los principios científicos cuanto a las necesidades de la colectividad, obliga a que no se postergue más su solución en nuestro país.

Fluye de las consideraciones que anteceden la necesidad de armonizar en un cuerpo único —Código Sanitario y de Asistencia Social— las normas elaboradas en el transcurso de nuestra vida institucional, adaptándolas, perfeccionándolas y completándolas en consonancia con los nuevos conceptos que permiten a los hombres

la preservación y conservación de su salud y los capacitan para el logro del bienestar social.

Diversas iniciativas parlamentarias han contemplado tan trascendentales problemas, sin que jamás se sancionara el instrumento legal adecuado para ser abordados y solucionados por el Estado. Ellas, si bien en su momento significaban un aporte eficiente para la consecución de tan altas finalidades, resultan hoy incompletas o insuficientes frente al desenvolvimiento de los conceptos médicos y sociales imperantes, aunque constituyen antecedentes de importancia, como lo son también las elaboradas por higienistas y sociólogos a quienes han preocupado estas cuestiones.

La Secretaría de Salud Pública de la Nación, desde que fuera creada, ha dedicado preferente atención al estudio de las instituciones necesarias para el logro de sus finalidades que, sobre el particular, constituyen un aspecto esencial del programa de gobierno del Poder Ejecutivo y ha avanzado ya considerablemente en la sistematización de las normas conducentes a su realización.

El Poder Ejecutivo considera de la mayor conveniencia que, desde ahora, se dicten las normas fundamentales a que deberá ajustarse la legislación en estudio y estima, por lo tanto, que ellas deben ser sancionadas por el Honorable Congreso.

Es por ello que os somete el adjunto proyecto de ley, para su aprobación.

PROYECTO DE LEY

Artículo 1.° El Poder Ejecutivo efectuará los estudios e investigaciones de carácter sanitario y social, jurídico y estadístico, a efecto de preparar un proyecto de Código Sanitario y de Asistencia Social, que deberá ser presentado en el próximo período ordinario de sesiones.

Art. 2.° El citado proyecto será ajustado a los siguientes principios:

A) Organizar el gobierno de la salubridad general e higiene pública de la Nación;

B) Proveer a la asistencia de todos sus habitantes, promoviendo la unificación paulatina de la asistencia médica y social y su gratuidad para las clases sociales que no cuentan con los medios adecuados para satisfacer íntegramente la protección de su salud;

C) Que la acción en todo el territorio de la República debe ser ejercida por el poder central en:

a) En la Capital Federal; los territorios nacionales; las zonas fronterizas terrestres, marítimas y fluviales; los puertos terrestres y marítimos, fluviales y aéreos; los

medios y las vías de comunicación sujetos a la jurisdicción nacional y los sitios, lugares e instalaciones accesorias y toda otra zona, sitio o lugar sometido exclusivamente a dicha jurisdicción;

b) En todo lo relativo a materias contempladas en los tratados internacionales;

c) En lo referente a la prevención y erradicación de las endemias regionales, enfermedades cuarentenables o de grave peligro para la comunidad y las sociales y de toda otra susceptible de asumir esos caracteres;

d) En lo referente a la asistencia e higiene de la maternidad y de la infancia;

e) En lo referente a la asistencia social;

f) En lo que concierne al tráfico y tránsito internacional, interprovincial y entre una o más provincias y los lugares mencionados en el inciso a);

D) En cuanto se refiere a la concertación de convenios con los Estados provinciales, en aquellas materias que, por su naturaleza, no competen al poder central.

Art. 3.° A los efectos de lo establecido en el artículo 2.° se tendrán en cuenta, entre otras, las siguientes bases para la acción que corresponda desarrollar al organismo del Poder Ejecutivo que tenga a su cargo la ejecución:

1) Realizar y estimular el estudio y la investigación de los problemas sanitarios y de asistencia social;

2) Organizar y aplicar las medidas que los principios de la higiene y medicina preventiva hicieren aconsejables;

3) Proveer a la profilaxis y tratamiento de las enfermedades;

4) Preconizar y difundir entre los profesionales de las ciencias médicas los tratamientos que impongan el desenvolvimiento de los conocimientos científicos;

5) Determinar e imponer el aislamiento y el tratamiento de las personas que, por sus condiciones de salud, pudieran constituir un peligro colectivo, disponiendo en su caso su internación en lugares apropiados; la observación y vigilancia sanitarias de los sospechosos y toda otra medida conducente para mantener indemne al país o disminuir las consecuencias de las infecciones;

6) Organizar y coordinar las actividades tendientes a la prevención y tratamiento de las enfermedades orgánicas y degenerativas de trascendencia económica y social;

7) Dirigir y supervigilar las actividades relacionadas con la salubridad y el bienestar médico-social del país:

8) Adoptar las medidas necesarias en casos de ocurrir enfer-fermedades cuarentenables o de brotes epidémicos de carácter peligroso.
9) Promover, organizar, coordinar y/o fiscalizar la sanidad de los animales en los aspectos vinculados a la higiene humana;
10) Intervenir y cooperar en los planes sanitarios que se elaboren para la defensa nacional;
11) Estudiar los problemas vinculados a la seguridad física de la población y estimular y coordinar las obras e iniciativas destinadas a la prevención de los accidentes;
12) Promover, organizar y fiscalizar la educación sanitaria de la población y difundir el conocimiento de las medidas de higiene;
13) Instituir y afianzar el reconocimiento médico periódico de la población del país, a fin de asegurar el diagnóstico oportuno de las enfermedades y su profilaxis por el tratamiento, en forma precoz, continua y completa;
14) Organizar las estadísticas vitales en todo el país; el registro clasificado de las tablas de morbilidad y mortalidad; su publicación periódica; el estudio de la geografía médica en sus relaciones con las estadísticas económicas y sociales vinculadas con la salud pública y el bienestar de la población. Participar en la elaboración del plan de los censos generales o parciales de la población del país en los aspectos sanitarios;
15) Instituir y promover el desarrollo de un sistema de estudio e información permanente sobre las condiciones sanitarias en el exterior y adoptar las medidas necesarias para evitar la introducción de enfermedades transmisibles;
16) Ejercer la fiscalización sanitaria del tránsito y tráfico interno, interprovincial e internacional ya sea terrestre, marítimo, fluvial o aéreo, de personas, animales o cosas;
17) Ejercer la fiscalización sanitaria de la inmigración, de la emigración y de las migraciones internas;
18) Organizar, coordinar y/o fiscalizar las condiciones higiénico-sanitarias de construcción, conservación y funcionamiento de los medios de transporte, terrestres, marítimos, fluviales y aéreos, para el tránsito y tráfico interno, interprovincial e internacional y los puestos, estaciones y demás instalaciones inherentes a los mismos;
19) Organizar, coordinar y/o fiscalizar las condiciones higiénicosanitarias del transporte de enfermos y cadáveres;
20) Promover el abasto de agua potable para todas las poblaciones del país;

21) Organizar, coordinar y estimular los estudios y las actividades tendientes a solucionar los problemas de la alimentación de la población del país, especialmente el abasto de leche sana y los creados por las enfermedades de la nutrición y del metabolismo;
22) Establecer las condiciones sanitarias a que deberá someterse la producción, elaboración, conservación, circulación y expendio de los alimentos y de los locales y lugares donde se realicen esas operaciones y fiscalizar su aplicación;
23) Dictar el Código Bromatológico y proceder a su revisión y publicación periódica;
24) Fiscalizar la producción, importación, exportación, comercialización y expendio de las drogas, los productos medicinales y biológicos de uso humano y animal; las aguas minerales; las yerbas medicinales; los productos a los cuales se asignen propiedades antisépticas, insecticidas u otras análogas de higiene; los cosméticos y productos para el tocador;
25) Fiscalizar la producción de alcaloides estupefacientes, incluyendo el cultivo y toda otra actividad que permita la obtención de adorminera en todas sus variedades y de cualquier otro vegetal del que puedan obtenerse alcaloides estupefacientes o substancias capaces de engendrarlos o de producir apetencia tóxica; su importación, exportación, comercialización, expendio y empleo;
26) Estudiar, adoptar y difundir métodos para la standardización de los productos biológicos;
27) Revisar, actualizar y publicar periódicamente el Codex Medicamentarius;
28) Fiscalizar la importación, fabricación, comercio y expendio de instrumental y material de curación;
29) Fiscalizar, desde el punto de vista higiénicosanitario, la construcción de viviendas urbanas y rurales y promover y estimular los estudios e iniciativas tendientes a resolver sus problemas;
30) Intervenir en la zonificación y desarrollo de las poblaciones a efecto de verificar si se satisfacen las condiciones higiénicosanitarias que deben reunir de acuerdo con las caraterísticas topográficas regionales o locales;
31) Promover, coordinar, organizar y/o disponer las medidas y obras de saneamiento urbano, rural y de las aguas, tendientes a evitar las causas que puedan afectar la salud y el bienestar de los habitantes;

32) Promover, organizar, coordinar y realizar las investigaciones de la atmósfera en los centros urbanos y rurales y promover la aplicación de las medidas adecuadas para su mejoramiento;

33) Promover, organizar, coordinar y/o fiscalizar la evacuación y destrucción de residuos, basuras, desperdicios, aguas pluviales, servidas e industriales;

34) Promover, organizar, coordinar y/o fiscalizar la higiene en los establecimientos destinados a la tenencia, comercio y sacrificio de animales;

35) Organizar, coordinar y fiscalizar el régimen higiénicosanitario de los cadáveres, cementerios y crematorios;

36) Intervenir, dictaminar y/o asesorar en todas las cuestiones vinculadas a la ingeniería sanitaria;

37) Promover el estudio de la climatología y de la crenología y fiscalizar el funcionamiento de los establecimientos climáticos y terminales en su aspecto médico-sanitario;

38) Orientar, organizar y/o coordinar las actividades tendientes a solucionar en sus aspectos higiénicos, médicos y sociales, los problemas inherentes a la maternidad, a la niñez y a la adolescencia;

39) Orientar, organizar y/o coordinar las actividades tendientes a solucionar los problemas de la higiene y medicina escolar, del trabajo de los menores y de la infancia abandonada;

40) Estudiar los problemas vinculados a la higiene y medicina en el trabajo y promover y vigilar la aplicación de las medidas tendientes a conservar la salud de los trabajadores, prevenir los accidentes y las enfermedades profesionales;

41) Promover, organizar, coordinar y fiscalizar la asistencia médica de los accidentados del trabajo y de los afectados por enfermedades profesionales y proveer a su reeducación y readaptación profesional;

42) Promover, coordinar y/o fiscalizar las condiciones sanitarias de los establecimientos penales, policiales, de readaptación social y otros similares, y prestar asistencia médica a los recluídos, detenidos o internados;

43) Organizar, dirigir y/o coordinar la asistencia médica y quirúrgica, general especializada, la obstétrica, odontológica y farmacéutica;

44) Promover, organizar y/o coordinar la acción tendiente a prevenir las enfermedades psíquicas y mentales y asegurar la asistencia médica y social de los enfermos, retardados y alienados;

45) Promover, organizar y/o coordinar las actividades tendientes a prevención y erradicación del alcoholismo y de las toxicomanías, como así también las investigaciones especiales y proveer a la asistencia de los alcoholistas y toxicómanos;
46) Promover, organizar, coordinar y dirigir la creación y desarrollo de centros de hemoterapia y plasmoterapia;
47) Promover, organizar, fiscalizar y/o realizar el servicio de transporte de enfermos por medios aéreos, terrestres, marítimos y fluviales;
48) Organizar, coordinar y/o dirigir la acción sanitaria, los servicios médicos y quirúrgicos y la asistencia general de las poblaciones afectadas por catástrofes;
49) Promover la construcción, ampliación y reforma de los establecimientos públicos destinados a fines sanitarios o asistenciales; acordar o denegar la autorización para fundar nuevos establecimientos o ampliar los existentes; determinar su ubicación; dar normas y adoptar programas en su consecuencia y proveer a su construcción;
50) Acordar o denegar la autorización para fundar o establecer nuevos establecimientos privados de asistencia médica o social o ampliar los existentes;
51) Promover la creación y estimular el desarrollo de las obras e iniciativas públicas o privadas tendientes a satisfacer fines sanitarios, médicosociales y de asistencia social, coordinar su acción y fiscalizar su desenvolvimiento;
52) Autorizar y fiscalizar el funcionamiento de los establecimientos privados destinados al tratamiento de las enfermedades y a la asistencia médicosocial;
53) Promover, coordinar y fiscalizar las instituciones destinadas a la conservación de la salud por medio de procedimientos higiénicos, de cultura física o recreativos y fiscalizar esas actividades en establecimientos deportivos, colonias o campamentos de vacaciones;
54) Promover, organizar, coordinar, fiscalizar y dirigir las obras de asistencia social en vista a todas las formas de invalidez o destinadas a rehabilitar la capacidad física o mental;
55) Vigilar el ejercicio de la medicina, odontología, farmacia, obstetricia y demás ramas de las ciencias médicas y toda otra actividad vinculada directa o indirectamente a la salud pública;
56) Promover, organizar y/o proveer a la formación y el perfeccionamiento de médicos higienistas, epidemiólogos y otros especializados en problemas de salud pública, inge-

nieros sanitarios, laboratoristas, enfermeras, visitadoras, asistentes sociales, dietistas y otros técnicos o auxiliares sanitarios;

57) Organizar la carrera de su personal técnico, asegurando el ingreso del mismo por concurso, su estabilidad y el ascenso por antigüedad calificada;

58) Aplicar y promover la aplicación de las sanciones previstas para los infractores de las disposiciones de la legislación sanitaria, de las que se dicten en su consecuencia y de las contenidas en sus reglamentaciones y decretos;

59) Promover, organizar y realizar cualquier otra actividad destinada a satisfacer los fines contemplados en el Art. 2.°

Art. 4.° Créase el Fondo Nacional de Salud y Asistencia Social a los efectos de la financiación de las instituciones que se incorporen al Código Sanitario y de Asistencia Social para el cumcumplimiento de las finalidades expresadas en la presente ley.

Art. 5.° A los efectos del artículo anterior y con el asesoramiento de los organismos correspondientes, se estudiará la unificación del impuesto a la transmisión gratuita de bienes, sin perjuicio de la afectación de los mismos, del seguro de salud o la creación de cualquier otro impuesto justo y equitativo.

El proyecto que antecede es tratado por el H. Senado de la Nación en sus sesiones de los días 19 y 20 de diciembre de 1946 y sancionado con un agregado propuesto por la Comisión de Salud Pública que se incorpora como artículo 6.°, cuyo texto reza de la siguiente manera:

«Art. 6.° A partir de la promulgación de la presente ley, la acción del poder central será ejercida de acuerdo con lo establecido como principio en los incisos C) y D) del artículo 2.° y serán atribuciones del organismo del P. E., encargado de su ejecución, las especificadas como bases en el artículo 3.°»

Como surge de la economía del proyecto de ley a que se ha aludido, se señalan en el mismo los principios fundamentales a que debe responder el Código Sanitario y de Asistencia Social y se establecen, asimismo, las bases de la acción que corresponderá desarrollar al organismo encargado de su ejecución.

La incorporación a un texto normativo de las reglas fundamentales de ese Código, traduce un procedimiento de técnica legislativa que reviste significativa importancia, puesto que permite adelantar, mediante el conocimiento y la sanción del H. Congreso, las normas rectoras que habrán de inspirar el desarrollo de la legislación, dictadas aquéllas en armonía con las características propias de nuestro ordenamiento jurídico. Simultáneamente, se ofrece a ambas ramas del Poder Legislativo, reconocido su carácter de repre-

sentación popular, la ocasión de discutir la oportunidad de la codificación del Derecho Sanitario y la procedencia de las instituciones proyectadas, supliéndose así, con evidentes ventajas, el dilatado y no siempre eficaz sistema de encuestación utilizado en circunstancias de proyectarse algunos de nuestros códigos vigentes.

Si se tiene presente que la preparación de un anteproyecto de cuerpo orgánico de leyes en materia sanitaria y de asistencia social hace imprescindible la colaboración activa de gran número de profesionales especializados, con conocimientos amplios de las características peculiares de nuestro país, del progreso de las ciencias y de los principios del Derecho Sanitario, se deduce sin esfuerzo, la conveniencia de encomendar al Poder Ejecutivo los estudios e investigaciones pertinentes, toda vez que ese poder cuenta con los medios técnicos y administrativos para realizar, de modo más eficaz, una tarea de tal naturaleza.

Consecuente con la doctrina que orienta la moderna corriente del Derecho Sanitario, la codificación habrá de contemplar, conjuntamente, sus dos grandes esferas: la vinculada a la policía sanitaria y la relacionada con la asistencia social, considerada ésta en su sentido integral. En efecto, entre los numerosos y complejos factores que inciden en la trama social, el médico y el asistencial deben, por su paralelismo y recíproca interdependencia, ser encarados desde un punto de vista orgánico y uniforme, si se quiere que el regulamiento jurídico esté a tono con los adelantos alcanzados por la ciencia médica en su actual etapa que, se ha dicho, se caracteriza por su contenido social, cuyo concepto ha sido admirablemente sintetizado por René Sand, al decir que «la medicina social es la ciencia y el arte de prevenir y curar, considerados, tanto en sus fundamentos científicos como en sus aplicaciones individuales y colectivas, desde el punto de vista de las relaciones recíprocas que ligan la salud de los hombres a su condición». Se podría agregar aún, con el autor citado, que «haciendo de los factores médicos y de los factores sociales los dos términos de la ecuación, esta definición da a la medicina social toda su amplitud; ella le asegura el aporte total de las ciencias sociales, por una parte, y de las ciencias médicas, por la otra».

Es que el problema de la salud de los pueblos no debe ser encarado, exclusivamente, desde el punto de vista de la lucha contra la enfermedad, sino, substancialmente, desde el de asegurar aquélla.

El objetivo consiste, pues, en que no haya enfermos. Esa finalidad sólo puede ser alcanzada por la acción preventiva, concepto que debe presidir la tónica de la función estatal.

Establecida esta premisa, según se ha expuesto precedentemente, cabe advertir que la profilaxis médica, vale decir, el empleo de métodos estrictamente técnicos, no es suficiente para preservar y

mejorar la salud. Reconocido, como está, que ello obedece al influjo de las diversas causas susceptibles de incidir sobre las condiciones de vida de la población, es a todas luces incuestionable, que la miseria y aun la precariedad de la vivienda, alimentación y demás circunstancias capaces de privar a los hombres de un «standard» razonable, se convierten en motivos generadores de enfermedad.

La falta de recursos necesarios para asegurar un nivel de vida que ponga al individuo a cubierto de esas contingencias, era satisfecha sólo en ínfima parte por la beneficencia, la que, privada en su origen, fué adquiriendo carácter público a medida que el Estado fué creando órganos para la producción y ejecución de sus normas reguladoras y, correlativamente, fué reemplazada al convertirse en actividad del Estado, por el moderno concepto de asistencia social que, inspirado en los principios de justicia social, reconoce a toda persona el derecho de ser protegida por la comunidad de los eventos que la vida le depara. Esa actividad, si bien aparece como inmediatamente destinada a proteger al individuo, se traduce, en forma más mediata pero no menos tangible, en una fuente de beneficios para el Estado.

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana, reunida en Buenos Aires en noviembre de 1934, haciéndose eco de la opinión de los tratadistas y de las legislaciones nacionales más modernas, recomendó, precisamente, la reunión bajo una dirección única de los servicios de asistencia sanitaria y social, «lo que significa evidente provecho para la acción tutelar del Estado y para el robustecimiento de la salud pública, en base de la creación de unidades de asistencia y prevención».

Baste pues, concretar, en rápida síntesis, la enunciación de los distintos proyectos que estructuran en forma conjunta y orgánica las instituciones estrictamente sanitarias y las de asistencia social, los que constituyen los antecedentes nacionales en la materia: el de la Comisión Especial encargada de proyectar la organización de los servicios sanitarios de la República, sobre la base de la centralización y unificación de los mismos (Cámara de Diputados de la Nación, año 1939, sesiones ordinarias, Orden del Día 177); el Proyecto de la Comisión Especial de Código Sanitario (Cámara de Diputados de la Nación, año 1942, sesiones ordinarias, Orden del Día N.° 122); de los senadores Palacios, Cossio y Oddone, creando la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social (Cámara de Senadores, año 1942, sesiones ordinarias, Orden del Día N.° 27); y el elevado por el Presidente del Departamento Nacional de Higiene, Dr. Juan J. Spangenberg, sobre creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, año 1940.

Fluye del proyecto, que la salud pública y la asistencia social se incorporan como finalidades concretas del Estado, concibién-

doselas, en forma sintética pero no por ello imprecisa, como instrumentos fundamentales del bienestar colectivo. De la estructuración jurídica que se encomienda, surge implícitamente, el lógico corolario de las facultades y deberes de los habitantes, así como las funciones estatales, todas las cuales se determinarán prolija y sistemáticamente en el Código.

En el artículo 2.° se enuncian los principios a que deberá ajustarse el anteproyecto de Código, algunos de los cuales son de naturaleza técnicosocial, y otros, jurisdiccional. Los primeros pueden sintetizarse en los tres siguientes, a saber: universalidad de la asistencia, unificación paulatina de los servicios y su gratuidad para los sectores que no cuentan con los medios adecuados para proveer integralmente a la protección de su salud.

El concepto de universalidad si bien está reconocido como uno de los fundamentos de nuestro ordenamiento jurídico, a través del texto constitucional, al ser incorporado de un modo expreso interpretando un firme propósito de gobierno, implica su concreción positiva que permite llevar a la práctica en esta materia la declaración de nuestra ley fundamental.

Representa, en síntesis, la proyección en la realidad de la democracia proclamada por la Constitución, solucionando uno de los dramáticos interrogantes de los Estados modernos, estructurados bajo la influencia de la Revolución Francesa.

La unificación de los servicios es un desiderátum de la ciencia de la administración, en cuanto persigue la armonización y coordinación de la acción del Estado.

Ella es tanto más necesaria en materia sanitaria y asistencial, a tal punto, que significa un postulado básico en el ordenamiento de las instituciones y planificación de la dinámica estatal. Como consecuencia lógica y fundamental, involucra la adopción de una política sanitaria y de asistencia social uniforme, con el consiguiente aprovechamiento armónico de los esfuerzos y de los elementos humanos y materiales dirigidos a la satisfacción de una misma finalidad.

Conforme a los postulados que orientan la política social del gobierno de la Nación, se establece la gratuidad de los servicios médico-asistenciales para los sectores que carecen de medios, o los poseen sólo en forma precaria.

El principio fundamental de igualdad halla así su cristalización en una norma positiva que habrá de asegurar, para todos los habitantes del país, sin distinciones de ninguna índole, el derecho a una asistencia médica que, por ser prestada por medio de un servicio público, habrá de reunir los requisitos de continuidad, regularidad y eficiencia.

Preciso es destacar que la gratuidad de los servicios de asistencia médica, restringida hasta el presente a los prestados en centros hospitalarios, será ampliada y llevada hasta el hogar de los que la requieran, dándose cumplimiento así a una necesidad imperiosa por un medio que estará más en consonancia con los sentimientos inherentes a la personalidad.

El principio jurisdiccional establecido por el proyecto recientemente sancionado por el H. Senado, se ajusta a las características del orden establecido por la Constitución Nacional.

Se observa así que se mantiene incólume el respeto a las autonomías provinciales al circunscribir la acción que se proyecta atribuir al poder central a la esfera que le es propia, toda vez que para aquellas materias que por su naturaleza se encuentran fuera de su competencia, se prevé la concertación de convenios con los estados provinciales, permitiéndose, de tal modo, que, sin menoscabo de las autonomías locales, los beneficios de una política sanitaria uniformemente coordinada, alcance a todas las regiones del país.

No parece necesario abundar en mayores consideraciones, si se tienen en cuenta expresas normas constitucionales, acerca de la disposición mediante la cual la acción del Gobierno de la Nación se hará efectiva en la Capital Federal, los territorios nacionales, zonas fronterizas terrestres, marítimas y fluviales; los puertos terrestres, marítimos, fluviales aéreos; los medios y las vías de comunicación que sirven al tráfico y tránsito internacional e interprovincial y los sitios, lugares e instalaciones accesorias, así como toda otra zona, sitio o lugar de su exclusiva jurisdicción.

Del mismo modo, se hace evidente que el cumplimiento de los convenios y tratados internacionales subscriptos por la Nación, está a cargo, en forma exclusiva, de su Gobierno, en virtud de lo preceptuado expresamente por la Constitución Nacional.

Cuando la población del país se ve amenazada por un mal inminente, nuestro ordenamiento jurídico autoriza al Poder Central para intervenir, con el fin de conjurar sus efectos, aun en los territorios reservados al dominio jurisdiccional de los poderes locales .

Es indiscutible que las enfermedades endémicas, cuarentenables y sociales, no sólo comprometen la salud pública de la circunscripción territorial en que se originan, sino que extienden sus efectos fuera de sus fronteras políticas, conmoviendo, en tal caso, los más vitales intereses de la Nación, en su elemento sustancial que es el hombre y, por lógica implicancia, en su economía y condiciones de defensa .

La aparición de un foco de alguna de las enfermedades susceptibles de adquirir los caracteres enunciados, trae aparejado la adopción de una serie de medidas tendientes precisamente a evi-

tar su propagación. Tales medidas —profilaxis, cuarentenas, interdicciones, etc.— no pueden quedar libradas al criterio de las autoridades locales, sin peligro de que se afecte la vida política, administrativa, comercial y social de la Nación, tal como acertadamente lo señalara ya en el año 1882 el entonces presidente, General Julio A. Roca, en el mensaje con que remitiera su proyecto de Código Sanitario al H. Congreso de la Nación.

Preciso es hacer notar que el proyecto en cuestión no introduce innovación alguna a las directivas que en la materia privan en la legislación sanitaria vigente. Es así que la Ley de Policía Sanitaria Animal y Vegetal atribuye la defensa de su sanidad al Poder Central, constituyendo un valioso antecedente legislativo, toda vez que sería absurdo admitir la competencia del Gobierno de la Nación cuando se vea comprometida la salud animal y vegetal y negársela cuando se trata de obtener y conservar la salud humana.

Por otra parte, la lucha contra ciertas enfermedades epidémicas o endémicas, han sido contemplada en leyes que atribuyen su acción al Poder Central. Tales la Ley N.° 11.843 de profilaxis de la peste, la Ley N.° 12.107 de profilaxis de la anquilostomiasis, la Ley N.° 12.331 de profilaxis de las enfermedades venéreas, la Ley N.° 12.397 sobre tuberculosis, etc.

Ninguna de las leyes precitadas ha sido cuestionada como repugnante a los principios constitucionales, circunstancia ésta que robustece la opinión que sirve de sustento al régimen adoptado por el Proyecto de Ley sobre Organización de la Salubridad Pública, actualmente en consideración por el Poder Legislativo.

Si bien la Constitución Nacional no enuncia prescripciones expresas sobre la salud pública, contrariamente a lo que ocurre en Constituciones de otros Estados, tanto unitarios (Perú), como federales (Imperio Alemán, de 1871; de Weimar, de 1919; de Suiza, de 1874; de Austria de 1920; de Venezuela, de 1936; de México, de 1917, reformada en 1938; etc.), la doctrina más ponderada conviene en que la tutela de aquélla está comprendida, no sólo en las cláusulas que autorizan al Congreso, «rationae materiae», para ejercer determinadas facultades, cuando la aplicación de las mismas, forzosamente, apareja como consecuencia la adopción de medidas sanitarias (art. 67, incisos 9, 12, etc., de la Constitución), si no en mayor extensión, pero dentro de los límites fijados por el interés nacional que se tiende a protejer, cuando le atribuye la de proveer a lo conducente a la prosperidad del país, al adelanto y bienestar de todas las provincias (inciso 16) y la de hacer todas las leyes y reglamentos que sean convenientes para poner en ejercicio los poderes antecedentes y todos los otros concedidos por la presente Constitución al gobierno de la Nación Argentina (inciso 28), preceptos estos últimos que guardan con-

cordancia con el Preámbulo en cuanto dispone promover el «bienestar general».

De lo expuesto se deduce que si los problemas vinculados a la salud pública no asumieron, al tiempo de redactarse la Constitución Nacional, la repercusión de otros de carácter estrictamente político o económico y por ello no fueron contemplados en forma explícita, tampoco debe estimarse que no están involucrados en los conceptos de prosperidad y bienestar general, que constituyen la finalidad esencial del Estado Argentino. Esta doctrina es la que actualmente se generaliza en los EE. UU., en cuya Constitución tampoco se menciona expresamente la salud pública.

Son las disposiciones invocadas las que sirven de sustento a los antecedentes parlamentarios y doctrinarios de nuestro país, que apoyan la tesis que sigue el proyecto, tesis que como se ha dicho, se encuentra incorporada a nuestra legislación.

A título simplemente ilustrativo, conviene señalar que leyes fundamentales que establecen un ordenamiento que reconoce mayores poderes autonómicos a los estados locales, atribuyen al poder central las facultades relacionadas, no sólo con la asistencia sanitaria, sino también en materia de policía sanitaria. Tal sucede en la de Suiza (art. 69).

No es del caso extremar los argumentos en favor de la acción del Poder Central en lo atinente a la asistencia e higiene de la maternidad y de la infancia. Basta sólo expresar que todo lo vinculado con la maternidad, la niñez y la adolescencia, constituye un problema del más grande interés nacional que no puede quedar circunscripto a determinadas regiones del país. Ello es incontrovertible. La salud de la madre y la del niño y el bienestar de ambos, es sin duda alguna, un pilar de la grandeza de la patria.

Su protección, que debe ser íntegramente satisfecha, no puede ser realizada enfocándolos como entidades aisladas, sino como elementos sustanciales de la colectividad.

Constituye una de las finalidades del Estado, reconocida universalmente por la legislación positiva y por los más conspicuos sociólogos, higienistas y juristas, la de tutelar la vida de sus habitantes, desde su concepción en el seno materno, puesto que, las desfavorables condiciones en que el proceso biológico se desenvuelve, repercuten en forma inmediata o mediata, en el ulterior desarrollo del individuo, afectando, no sólo a éste, sino a toda la colectividad.

Dentro del marco de los derechos inherentes a la personalidad, el derecho a la vida, es sin duda alguna el de más trascendental importancia. El Estado no puede ni debe permanecer indiferente, si se precia de constituir una sociedad jurídicamente organizada, ante aquéllos que, desde el punto de vista económico, se encuentran imposibilitados para atender las más premiosas ne-

cesidades de su existencia. De ahí que la Asistencia Social, considerada, según se ha dicho, no como un favor que se otorga, sino como un deber que se cumple, no como una dádiva graciosa que se pide, sino como una facultad que se ejercita, representa, también, una de las finalidades que deben ser cumplidas por el Estado.

Por lo demás, se trata de problemas que afectan o pueden afectar a la Nación y, por lo tanto, no cabe controvertir la competencia del Congreso Nacional para dictar las normas reguladoras de la actividad y la estructura de las instituciones mediante las cuales ellos habrán de ser resueltos.

Con lo expuesto se demuestra que el principio jurisdiccional, tal como aparece cristalizado en el proyecto que se viene considerando, no vulnera, en manera alguna, la autonomía de los estados provinciales y, por lo tanto, no afecta a nuestro federalismo, contribuyendo, en cambio, al progreso y bienestar de los mismos estados y, por ende, a la grandeza de la Patria.

No sería del caso estudiar aquí, en particular, las bases que se proyectan para la acción del organismo que habrá de realizarlas. Procede, en cambio, significar que, a través de su extenso desarrollo, ellas están concebidas en consonancia con los problemas sanitarios y asistenciales que crean las necesidades del país, con las peculiaridades de nuestro medio, presididas por un propósito de bienestar social sin desmedro del respeto debido a las garantías que nuestra Carta Magna acuerda a los individuos.

Además, las aludidas bases aparecen sistematizadas de acuerdo con la naturaleza de las funciones sanitarias y asistenciales, previendo su planificación. Han sido adecuadas al ritmo de los conocimientos científicos, a los postulados básicos de la organización sanitaria y a las más modernas concepciones jurídicas que afianzan la actividad del Estado en la materia.

Proveen, esas bases, a la creación de las instituciones que la ciencia de la administración impone para hacer posible la dinámica de las funciones respectivas, en forma tal, que sean cubiertas necesidades de tanta trascendencia. Lógicamente, aquéllas deben incluír las que proveen a su financiación.

Si no se concibe la acción sanitaria y asistencial sin los medios materiales que permitan su ejecución, revelada al Gobierno de la Nación la proyección de los problemas de la salud pública, tanto en lo que atañe al hombre considerado aisladamente o como miembro de una familia, que impulsa los sentimientos de solidaridad humana y piedad cristiana, como desde el punto de vista colectivo, interesando los pilares substanciales en que reposa el Estado, surge, como corolario inseparable, la afectación de un fondo que per-

mita aplicar adecuadamente la acción. Si ella, lejos de consistir en la ejecución de medidas aisladas o esporádicas, habrá de traducirse en una labor permanente, orgánica e intensa, tendiente a erradicar las enfermedades infecciosas y sociales y a promover, en suma, el bienhestar social, requiriendo, no solo la energía vital de los Poderes Públicos, sino la colaboración comprensiva de todos los habitantes, es evidente que se impone la creación de un fondo nacional de tipo estable.

En el contexto del proyecto, el Fondo Nacional de Salud Pública y Asistencia Social está concebido como una de las instituciones fundamentales dentro de la organización de la sanidad pública. Ello involucra que su planificación y reglamentación habrá de ser tratada oportunamente por el H. Congreso de la Nación.

Consecuencia fundamental de la institución que nos ocupa es la de proveer a la formación e integración de ese fondo, para lo cual, como resulta obvio, es imprescindible que se practiquen los estudios pertinentes, cuyos resultados deben ser, también, ulteriormente considerados por el Poder Legislativo.

Algunas disposiciones dictadas con posterioridad al 4 de junio de 1943, en particular los decretos Nos. 12.311/43, 31.589/44 34.640/44 y 14.807/46, proveen al poder administrador de los medios legales para el cumplimiento de las finalidades más esenciales tenidas en vista por el proyecto a que se viene aludiendo.

Cabe consignar así, a título de ejemplo, que el Decreto número 31.589/44, por el que se estableció el Estatuto de la ex Dirección Nacional de Salud Pública, extendía la acción que competía a la misma, a «todo el territorio de la Nación» (art. 1.°), fijaba las atribuciones y deberes de ese organismo del Estado (art. 3.°) y promovía un régimen de ayuda federal a las provincias y la concertación de convenios, mediante los cuales, los estados provinciales podrían encomendar a la ex-Dirección Nacional de Salud Pública «la organización o la dirección o administración de sus servicios de Salud Pública» (arts. 12 y siguientes).

Sin embargo, no cabría discutir la conveniencia de que tales disposiciones fueran agrupadas sistemáticamente en un cuerpo orgánico, lo que habrá de contribuir a determinar, de un modo explícito, las atribuciones, los deberes y la esfera de acción del Poder Central de la Nación. A ello obedece la incorporación del art. 6.° al Proyecto originario, llevada a cabo por el H. Senado de la Nación, con el cual se convierten las disposiciones del Proyecto en normas imperativas de inmediata vigencia.

De esa manera, pues, las actividades comprendidas en el Plan de Gobierno, en lo concerniente a la salud pública y a la asistencia social, podrán ser llevadas a la práctica de un modo inmedia-

to, lo cual, además, permitirá recoger una valiosa experiencia que habrá de quedar reflejada en la estructuración del Código Sanitario.

Con la aprobación de la ley de sus Bases, elemento sustancial de la organzación de la salubridad pública, quedará abierta una nueva etapa en la historia de las instituciones sanitarias del país y de la lucha en pro de la defensa de la salud de su población. Del éxito de esa lucha depende, en gran parte, la felicidad de los hombres que abren surcos fecundos en nuestra tierra, crean el progreso en las fábricas y talleres o promueven la sensibilización de los espíritus y las investigaciones científicas; y la de sus mujeres y de sus hijos, forjando, así, la trayectoria de la Patria.

CAPITULO III

LEY DE CONSTRUCCIONES Y SERVICIOS SANITARIOS

El objeto de esta ley es llevar al país al mínimo indispensable de camas, es decir a una cama cada 100 habitantes y completar el régimen hospitalario con un sistema de semisocialización de la medicina.

Este capítulo contiene una exposición general de los propósitos de la ley, y los principios en que se fundamentan las ideas básicas sobre las cuales ha sido estructurada. Naturalmente, cada capítulo de los que siguen en el texto de este libro, es una ampliación y un desarrollo «in extenso» de los diferentes incisos de la presente ley, que fué ya aprobada por el H. Senado, quedando pendiente a la fecha su sanción difinitiva, por la H. Cámara de Diputados de la Nación.

Para la redacción de este capítulo hemos tenido en cuenta, en primer término, el discurso del señor senador Dr. Oscar Tascheret, cuando fundamentó el despacho de la comisión respectiva del H. Senado, completando sus conceptos con otros elementos de juicio que sirven para ampliar e ilustrar el criterio del lector.

He aquí el proyecto de ley del Poder Ejecutivo tal como ha sido aprobado por el H. Senado de la Nación.

«El Senado y Cámara de Diputados, etc.

Artículo 1.° Apruébase el siguiente plan de construcciones, habilitación y funcionamiento de los servicios de Salud Pública.

I. — Sistema asistencial

Finalidad	Camas	Costo m$n.
1 Hospitales generales y centros de salud rurales; centros urbanos de asistencia especializada (cardiología, gastroenterología, enfermedades pulmonares no tuberculosas, institutos de cirugía, etcétera); unidades sanitarias y centros de salud urbanos, hospitales obreros, centros de traumatología y accidentes del trabajo, etcétera .	25.000	125.000.000

	Finalidad	Camas	Costo m$n.
2	Maternidad e Infancia:		
	Obstetricia 40 %	6.000	
	Infancia 20 %	3.000	
	Lactantes 20 %	3.000	
	Ginecología 20 %	3.000	75.000.000
3	Alienación mental, neurosiquiatria, endocrinología, toxicomanía y crónicos:		
	Agudos	6.200	30.000.000
	Crónicos	24.200	120.000.000
	(A distribuir en todo el país, por provincias y territorios) (1).		
4	Tuberculosis (2)	10.000	60.000.000
5	Lepra	3.000	15.000.000
6	Semisocialización de la medicina (institución del médico de familia y del sistema asistencial abierto)		50.000.000
	Total		427.000.000

I. — Institutos de Investigación y Tratamiento

1	Instituto de Higiene Pública	—	10.000.000
2	Instituto de Higiene Industrial y Medicina del Trabajo	—	5.000.000
3	Bancos de sangre (organización central de hemoterapia y planta industrial correspondiente).	—	4.000.000
4	Instituto de Farmacología y Contralor Farmacéutico	—	4.000.000
5	Plantas industriales médicofarmacéuticas del Estado:		
	a) Planta de instrumental y material sanitario de hospitales	—	6.000.000
	b) Planta de fabricación de medicamentos	—	5.000.000
	c) Planta de penicilina y sulfamidas ...	—	6.000.000
6	Droguería Central	—	2.00.000
7	Depósito Central y cuatro subdepósitos regionales	—	10.000.000
8	Instituto de Higiene Social (con carácter de venéreocomio, lucha contra la prostitución y sífilis en todos sus períodos) y sus dependencia, con camas a distribuir en las provincias y territorios	800	18.000.000
9	Instituto Médicosocial de Rehabilitación de Inválidos	500	8.000.000
10	Instituto Nacional de Kinesiología	—	4.000.000
11	Instituto de Enfermedades Tropicales y Paludismo (ampliación de la lucha antipalúdica y endemias regionales)	1.000	20.000.000

(1) Ya existen créditos votados por 18.000.000: autorízase a redistribuirlos.
(2) Ya existen créditos votados por 30.000.000: autorízase a redistribuirlos.

	Finalidad	Camas	Costo m$n.
12	Instituto pro - Longevidad (organización central de la medicina preventiva)	—	8.000.000
13	Instituto de Reconocimientos Médicos	—	6.000.000
14	Instituto de Higiene y Medicina Escolar	—	6.000.000
15	Instituto de Fisiopatología del Deporte ..	100	4.000.000
16	Alimentación popular (organización técnica bajo la dirección del Instituto Nacional de la Nutrición para la lucha contra la subalimentación y las enfermedades por carencia)		
17	Edificio de Salud Pública	—	12.000.000
18	Hospitales y estaciones sanitarias de observación y aislamiento en las fronteras y puertos (distribuídos en todo el país) ...	400	6.000.000
19	Aviones sanitarios	—	8.000.000
20	Barcos sanitarios	—	5.000.000
21	Escuela Técnica de Salud Pública (formación de samaritanas, enfermeras, visitadoras, investigadoras sociales y demás auxiliares de la sanidad, perfeccionamiento de graduados, etcétera)	—	5.000.000
22	Instituto Higiotécnico y de Meteoropatología (cámaras microclimáticas)	—	4.000.000
23	Hospitales climáticos termales (lucha antirreumática y otras afecciones discrásicas)	500	6.000.000
24	Institutos de Enfermedades Alérgicas ...	70	1.000.000
25	Instituto de Tracoma y Oftalmias Infecciosas en Santiago del Estero	50	2.000.000
26	Centros anticancerosos en el interior de la República	—	10.000.000
27	Construcción, instalación y habilitación de los veintitrés (23) edificios para sedes de las delegaciones e inspecciones seccionales en provincias y territorios	—	9.000.000
28	Instituto de Profilaxis y Tratamiento del Bocio, en San Juan	—	3.000.000
	Total		205.000.000

Art. 2.° Los gastos que demande el cumplimiento de la presente ley, por un período de cinco años, se atenderán con los fondos comunes del Plan Quinquenal de Gobierno o con recursos extraordinarios, hasta la suma de un mil millones de pesos moneda nacional ($ 1.000.000.000 m|n.).

Art. 3.° La suma a que se refiere el artículo anterior se aplicará: parte en la ejecución del plan (632.000.000 m|n.) y el resto ($ 368.000.000 m|n.) en la habilitación, funcionamiento, mantenimiento y reparación de los hospitales e institutos; en obras complementarias o no previstas y para extensión paulatina de los servicios y ampliación de partidas, si ello fuera necesario.

El excedente de los máximos calculados para inversión ingresará al Fondo Nacional de Salud Pública y Asistencia Social.

Art. 4.° Facúltase al Poder Ejecutivo para reajustar las cantidades presupuestadas en el art. 1.° como costos de las construcciones y habilitación de los servicios, de acuerdo con la fluctuación de los precios de los materiales y mano de obra.

Art. 5.° Vencido el período de cinco años a que se refiere el artículo 2.°, los gastos que demande el funcionamiento, mantenimiento y reparación de los hospitales e institutos mencionados en el artículo 1.° se atenderán con el producido del Fondo Nacional de Salud Pública y Asistencia Social.

Art. 6.° Créase en la Secretaría de Salud Pública de la Nación el Consejo de Construcciones Sanitarias, constituído por un delegado del Ministerio de Obras Públicas de la Nación, un delegado de la Secretaría de Trabajo y Previsión, un delegado de la Secretaría de Industria y Comercio, un delegado de la Contaduría General de la Nación y un urbanista designado por la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

Este Consejo estará presidido por el Secretario de Salud Pública de la Nación y tendrá como órgano ejecutivo una Dirección General de Construcciones dependiente de aquél. El Director General de Construcciones será Secretario del Consejo de Construcciones Sanitarias.

El Consejo podrá adquirir, licitar, contratar la ejecución, ejecutar y mandar ejecutar todas las construciones, habilitaciones, materiales y obras sanitarias y urbanísticas incorporadas en el presente plan.

Art. 7.° El Poder Ejecutivo reglamentará el funcionamiento del Consejo de Construcciones Sanitarias.

Art. 8.° Comuníquese, etcétera'.

El H. Senado de la Nación ha introducido por iniciativa de su Comisión de Higiene y Salud Pública, una serie de modificaciones al proyecto original del P. E.; siendo la más importante la sanción del art. 6.° en virtud del cual se crea el Consejo de Construcciones Sanitarias. Este artículo no figura en el proyecto original de la Secretaría de Salud Pública.

Este segundo proyecto de ley de Salud Pública, que podemos llamar Ley del Régimen de Construcciones y Servicios Sanitarios, se funda en dos ideas muy simples: 1.ª) que el problema de la salud pública y de la salubridad del territorio es un problema, por ahora, de obras públicas y de fondos específicos para atender esas obras; 2.ª) que es necesario propugnar el concepto de Fondo Nacional de Salud Pública para mantener, ulteriormente, todas las construcciones proyectadas en base a una financiación permanente. Por eso en el primer proyecto de ley de Salud Pública relativo a la codificación de las Leyes Sanitarias y a las facultades que se le confiere al organismo que el Poder Ejecutivo destine específicamente a la atención de la Salud Pública, se propicia la creación del Fondo Nacional de Salud Pública como institución. Reiteramos la opinión vertida por el senador Tascheret al fundamentar la Ley de Bases del Código Sanitario de que el Senado vota solamente una institución con el nombre de Fondo Nacional de Salud Pública y no un nuevo impuesto o recurso.

En su oportunidad, cuando la H. Cámara de Diputados considere la estructura y la financiación de ese fondo, habrá llegado el momento de crear el recurso, el impuesto o el seguro necesario para que la salud pública tenga una financiación permanente. El Honorable Senado de la Nación dejó establecido que entiende que esa institución que llamamos Fondo Nacional de Salud Pública, existe sólo como institución.

El Excmo. señor Presidente da la Nación ha dicho que su Plan Quinquenal es un plan sintético y un plan de normas generales, por ahora. Completando ese pensamiento del señor Presidente de la Nación, diríamos que para que ese plan de bases se desarrolle en los planes complementarios, en los planes analíticos y en los planes de ejecución, corresponde que el H. Congreso de la Nación sancione las autorizaciones legales necesarias para que el Poder Ejecutivo pueda cumplir y hacer cumplir esos planes analíticos y esos planes de ejecución, que son los verdaderos planes quinquenales.

El general Perón ha expresado además, en una extensa conferencia pronunciada ente los obreros en el Teatro Colón, que al plan analítico seguirá el plan de ejecución y que esperaba que, previamente, el H. Congreso le confiera las autorizaciones legales para emprender esa tarea. Además aclaró un asunto que a nuestro juicio es muy interesante. Dijo que el Plan de Ejecución debía, a su vez, dividirse en planes anuales, en planes trimestrales y en planes mensuales.

La «Ley sobre Régimen de Construcciones Sanitarias» está inspirada precisamente en ese espíritu; por lo tanto, tiene un carácter de generalidad y no ahonda en los detalles descriptivos.

Esta ley es solamente una autorización que el H. Congreso confiere al Poder Ejecutivo y a su organismo técnico ejecutivo a fin de que pueda elaborar el plan analítico y desarrollarlo desde el punto de vista doctrinario y práctico para pasar a la tercera etapa, integrada por los detalles mismos de la ejecución.

El Poder Ejecutivo no ha querido, lógicamente, consignar más detalles y pormenores del plan en la ley, puesto que sólo solicita del H. Congreso la autorización para hacer, precisamente, el plan propiamente dicho.

El problema de Salud Pública —hablamos de salud y no de enfermedad— es un problema de construcciones, un problema de obras públicas, un problema de financiación y un problema de organización.

En la primera ley básica de la Sanidad Nacional se establecen las Bases del Código Sanitario y las atribuciones del organismo encargado de tutelar la salud pública y se le confiere al poder central el instrumento jurídico indispensable para que proceda a la tan perentoria reorganización de la sanidad nacional; y en la segunda ley se autoriza un plan de obras públicas para la integración material de los servicios.

Lo que necesita el Poder Ejecutivo son esas atribuciones generales. Sólo mediante ellas podrá abordar la obra que proyecta. En materia de salud pública, si esa obra se realiza y se cumple, se habrá compensado nada más que en cinco años, el desorden, el abandono y la incuria que durante cincuenta años reinaron fecundamente en materia de salud pública. Esas atribuciones deben ser amplias

y sin impedimentos, para que pueda el gobierno de la Nación, en uso de sus facultades reglamentarias, discriminar los detalles de ubicación de las obras según los motivos circunstanciales o permanentes, según lo dicten los consejos de la técnica en lo referente al clima y variada geografía de nuestro país, en consonancia con las necesidades locales y los problemas específicos de cada zona del territorio de la Nación.

Todos los pormenores son inherentes a la técnica; son propios de un plan analítico y no pueden, por ende, figurar en una ley que debe ser, simplemente, una discriminación panorámica del problema, un programa de construcciones sanitarias que establezca la orientación del problema y nada más. Si consignáramos los detalles en una ley de bases, lo único que conseguiríamos sería limitar la acción constructiva del P. E. de la Nación.

El líder del movimiento revolucionario ha dicho recientemente en la Bolsa de Comercio, que el Plan Quinquenal es, en última instancia, un plan de trabajo y un plan de producción.

El plan de gobierno, tiende, pues, a aumentar nuestra capacidad productiva como país organizado, económica y socialmente. El que trabaja, produce, consume y comercializa es el hombre; por eso ningún plan de producción podrá proyectarse sin considerar a fondo el problema del potencial humano, su capacidad y su vigor, es decir, esas cualidades inherentes al ser humano normal, porque la salud no es otra cosa que un estado de bienestar físico, mental, moral y social que se traduce en un alto voltaje individual de producción y en una mayor capacidad creadora de la colectividad.

No es pues, aventurado afirmar, que ningún plan de producción se puede estructurar sin tener en cuenta el plan de defensa y protección de la salud de las masas, cuya eficiencia productiva es la base del potencial industrial de la Nación, porque todo potencial industrial perdura en alta tensión sólo por valor intrínseco del caudal biológico de la misma.

Un simple examen de las cifras y de los números consignados en el programa de construcciones sanitarias y en el número de camas que se proyectan y que se distribuyen de manera global, revelan al ojo menos avezado cuál es, en realidad, el propósito de ese plan. El objetivo que surge sin mayor esfuerzo y a primera vista es llevar al país «al número mínimo de camas indispensables para satisfacer las necesidades» más apremiantes. Ese número de camas indispensable, es una cama por cada cien habitantes, de acuerdo a lo que se ha establecido en congresos internacionales sobre organización asistencial colectiva. Refirmado claramente el propósito del Poder Ejecutivo, trataremos de exponer gráficamente el concepto con algunos cálculos globales, pero sumamente ilustrativos.

Nuestro país, con 14 millones de habitantes, debería tener

140.000 camas, de acuerdo al índice del 1 o/o, es decir, de una cama por cada cien habitantes.

Este índice de una cama por cada 100 habitantes, es bajo, si tenemos en cuenta que en el año 1933 en el «Hospital Moderno», publicación especializada de EE. UU. para toda América, se determinaba por cada 100.000 habitantes el siguiente número de camas:

Maternidad	68
Clínica médica	210
Cirugía	171
Psiquiatría	3
Epilépticos	9
Débiles mentales	178
Enfermedades mentales	371
Tuberculosis	138
Total	1.148

Corresponden, según cálculos del año 1933, 11,5 camas por cada 1.000 habitantes. A esto hay que agregar las camas destinadas a convalecientes y crónicos, que son un 2 por 1.000, lo cual eleva dicha cifra a 13,5 por 1.000 de población, es decir, 1,35 o/o.

De modo que cuando aceptamos el coeficiente de una cama por cada 100 habitantes, nos colocamos por debajo del mínimo establecido, y nos quedamos cortos, no por disimular las cifras y disminuir los costos, sino porque concebimos el hospital funcionando dentro de los conceptos más modernos. Si bien el hospital será siempre un centro indispensable de internación, creemos que por medio del llamado **cuidado abierto,** con la multiplicación de los consultorios externos, con la semisocialización de la medicina, el médico de familia y la medicina preventiva se evitarán las internaciones innecesarias e, incluso, se podrá atender la convalecencia de algunos enfermos en su domicilio. Adoptando este sistema combinado del régimen abierto con el cerrado, tendríamos en nuestro país una asistencia médica asegurada para todos los habitantes y en cualquier momento y en cualquier zona en que se encuentre, en un tiempo no mayor de media hora.

Nosotros disponemos solamente de 60.000 camas cuando deberíamos tener 140.000, de acuerdo a nuestra población, es decir, estamos por debajo de la mitad del mínimo indispensable que hemos señalado como cifra internacionalmente aceptada. Nos faltan, pues, 80.000 camas. Por eso el proyecto de construcciones sanitarias remitido por el Poder Ejecutivo al H. Congreso, propone dotar al país de 80.000 camas, que es el déficit actual y lo que hace falta para llegar al mínimo y contar con un régimen asistencial adecuado a la densidad de la población, a sus necesidades regionales y al tipo de enfermedades que afectan las distintas zonas del país. Este hecho

y este propósito surgen del artículo 1.° del proyecto.

El Honorable Senado en los artículos complementarios Nros. 2, 3, 4, 5, 6 y 7, ha introducido algunas modificaciones de forma, con el objeto de precisar mejor el espíritu y los propósitos del proyecto, respetando naturalmente en toda su amplitud, las finalidades intrínsecas y sin modificar para nada el plan de construcciones que proyecta el Poder Ejecutivo en todo el territorio de la República.

Las modificaciones introducidas al proyecto original tienden, más que todo, a facilitar esos propósitos del Poder Ejecutivo.

Debe dejarse aclarado, según el punto de vista de la Comisión de Salud Pública del H. Senado, que esos propósitos pueden cumplirse en forma más eficaz con los perfeccionamientos que se han introducido en esos artículos perfeccionando la forma, pero de ninguna manera el fondo.

La Ley de Construcciones y Servicios Sanitarios del P. E. de la Nación consta de dos partes esenciales y bien diferenciadas.

1.ª) Una que se refiere a las construcciones propiamente dichas y las presenta desde el punto de vista cualitativo, cuantitativo y del costo aproximado de las mismas; 2.ª) La otra parte se refiere —y ello está consignado en los artículos complementarios— a la financiación presente y futura.

Nos referiremos a la ley, examinando artículo por artículo con el propósito de ser ordenados y claros.

I. — ARTICULO PRIMERO

En este artículo se consigna una suma total de 83.000 camas, discriminadas desde el punto de vista cuantitativo, cualitativo y del costo de las mismas. El costo de esta parte del plan sería de 427.000.000 de pesos. Además, se proyecta la creación de una serie de institutos, unos de investigación pura y otros de asistencia y de investigación al mismo tiempo, es decir, mixtos. Es propósito del P. E. dotar al país de esos institutos, en los cuales se elaboran, se descubren o se investigan los principios que rigen la vida humana y sus perturbaciones, sea por alteraciones del medio interno del organismo o por modificaciones del medio ambiente físico, social o económico. Esto constituye, en el proyecto, el programa de institutos de investigación de Salud Pública, cuyo costo está calculado, aproximadamente, en 205.000.000 de pesos. Se destinan, pues, 427.000.000 para construcciones hospitalarias y 205 millones para construcciones mixtas, de investigación y de tratamiento, con lo que se hace un total de 632.000.000 de pesos, que es el costo total del núcleo principal del plan de construcciones sanitarias.

Si la financiación integral de las construcciones sanitarias, dentro del Plan Quinquenal, se ha calculado en 632.000.000 de pesos, queda una diferencia de fondos disponibles de 368.000.000,

diferencia que se destina a la habilitación paulatina de los servicios a medida que se van terminando y, por supuesto, a la manutención de los mismos. Esta cifra podría considerarse baja, a primera vista, pero ocurre que no se habilitarán ni se terminarán todos de un golpe, sino por partes.

«Prima facie», parecería que el cálculo del costo es un poco bajo, porque se fija un costo de $ 5.000 por cama. Naturalmente, que este cálculo responde al hecho de que este programa de acción parte del principio de que las obras ejecutadas en serie, tipificadas y «standardizadas» en su construcción, en su habilitación y en su funcionamiento, se traducen de inmediato en una baja del costo por cama que puede calcularse en un 35 o|o por debajo del precio de esas unidades si se las construye aisladamente.

Podemos agregar otra razón que justifica el costo bajo por cama que hemos calculado, y es que una cantidad de pabellones nuevos podrán ser instalados en establecimientos que actualmente están funcionando, sean éstos de la Nación, sean provinciales, municipales o particulares, instituciones con las cuales se harían convenios especiales. Muchas localidades, más de 500 del interior del país, cuentan con un pequeño establecimiento mantenido con todo entusiasmo, a pesar de la pobreza con que prestan sus servicios; hospitales de tipo rural, con 20 ó 30 camas, que no se han ampliado en los últimos 30 ó 40 años, a pesar del progreso económico-social de las zonas respectivas de influencia. No sería una cosa lógica que el gobierno nacional hiciera una construcción nueva para entrar en competencia con la ya existente. Lo mejor es el convenio, para fortificar lo que ya se tiene. Es evidente que en un establecimiento que cuenta con terreno apropiado, servicios administrativos, dirección, administración, lavadero, cocina, despensa etc. y, además, algunos servicios técnicos, tales como salas de operaciones, y rayos X, la instalación de una cama se hace a un precio que en todos los tiempos ha sido menor que una tercera parte del que corresponde a un establecimiento de nueva formación. Se calculan para una sala colectiva 7 metros cuadrados de superficia para una unidad cama, y siendo el costo de construcción del metro cuadrado $ 200, se infiere que con $ 1.400 puede construirse lo necesario. Habría que agregar $ 600 más para la cama y el alhajamiento de la sala. Si adoptáramos el tipo de construcciones de una o dos camas por ambiente, la superficie mínima se extiende 7 a 10 metros^2, lo cual eleva a $ 2.000 el costo de construcción, y a $ 2.600 el de instalación. Como vemos, en ambos casos el costo de estas camas estaría por debajo de los que significaría su construcción en un hospital de nueva formación.

Otra razón impone calcular el costo de construcción por debajo de lo normal, dado que hay una tendencia universal a hacer

una diferenciación entre los hospitales para agudos, edificados en mampostería, adoptando la forma de monoblock, con los hospitales para subagudos, convalecientes y crónicos, los cuales pueden ser establecimientos de construcción plana. En Europa hay una tendencia a emplear materiales prefabricados y «standardizados», tales como las Barracas Docker, de Alemania, las cuales se arman fácilmente y donde el costo por cama no pasa de $ 1.500. En las nuevas construcciones destinadas únicamente a hospitalizar convalecientes, sobre todo de tuberculosis, ancianos y crónicos, puede utilizarse ese tipo de material, que anexado a establecimientos ya existentes que marchan con todos sus servicios técnicos y administrativos, permitirá duplicar y triplicar en muchas partes del país la capacidad en camas, dentro de un programa de gran economía, y de una enorme rapidez de ejecución.

No obstante, como el costo por cama de las construcciones es muy variable, según las épocas y según la existencia de materiales, el costo de la mano de obra y las características regionales donde se levante la construcción, es muy conveniente dejar establecido que solamente se vota en la ley el costo aproximado. De ese modo, no se limita al Poder Ejecutivo ante posibles modificaciones de estos costos, modificaciones que pueden ser inevitables como una necesidad circunstancial o del momento. De ese modo, el Poder Ejecutivo tiene libertad de acción y ello es sumamente conveniente. El Honorable Senado dejó constancia de cuál es el sentido de la ley en lo que se refiere a los cálculos del costo por cama. Como a los efectos legales no bastan los conceptos, el Senado ha considerado conveniente dejar perfectamente aclarado el principio en los artículos complementarios, a fin de que la ley no establezca normas rígidas en materia de costo y deje librado al organismo técnico ejecutivo cierta flexibilidad para adaptarse a las circunstancias para la financiación del plan.

Como ya lo hemos dicho, el artículo 1.° es el artículo básico de la ley. Se puede dividir a su vez este artículo en dos partes: una, que establece las bases y normas generales del sistema asistencial y la otra, que enumera los institutos de investigación para el estudio, vigilancia, coordinación y supervisión permanente de las enfermedades y de la salud.

A) PRIMERA PARTE DEL ARTICULO 1.°

La primera parte del artículo 1.° se divide, a su vez, en 6 incisos que configuran toda la red asistencial. En la segunda parte, insistimos en enumerar taxativamente de 1 a 27 los institutos que forman la base de los Centros de Investigación del organismo encargado de organizar, dirigir y tutelar la salud pública y la sanidad física del territorio nacional.

La primera parte, es decir, la pertinente al sistema asistencial, contiene 6 incisos: el inciso 1), que trata de los hospitales

y establecimientos polivalentes que en la ley se llaman Establecimientos de Asistencia General; el 2.º se refiere a maternidades e infancia; el 3.º a la asistencia de la alienación mental, neuropsiquiatría, endocrinología, toxicología y crónicos; el 4.º a la tuberculosis; el 5.º a la lepra y el 6.º a la semisocialización de la medicina, que «sensu estrictu» está mal ubicado en un plan de construcciones. Pero la semisocialización es un sistema complementario de la red de construcciones, ya que de una forma muy especial, integra la organización y agiliza el funcionamiento de la red asistencial que se proyecta. Esto justifica, plenamente, la inclusión de los fondos para la semisocialización dentro del sistema de construcciones, como integrante funcional de la asistencia médica a cargo del Estado.

Nos limitaremos a simples definiciones y conceptos en este capítulo, con el único propósito de ilustrar el criterio general, remitiendo al lector a los capítulos pertinentes donde cada tema está tratado con más profundidad y con más detalles.

Inciso 1.º (Artículo 1.º - I Parte)

Se refiere a Hospitales Generales y dispone la construcción de 25.000 camas a distribuirse por todo el territorio de la Nación, en forma de Centros de Salud Rurales, Centros de Salud Urbanos, Centros o institutos especializados en los centros urbanos grandes, Unidades Sanitarias, Puestos Sanitarios, Hospitales Generales, Hospitales de Obreros, etc., en fin, toda una gama que indica a las claras que se propicia una red asistencial, de acuerdo a las normas universales sobre esta materia. La red asistencial dentro del concepto moderno tiende a establecer pequeñas unidades, conectadas con unidades de jerarquía creciente, dotadas de mejores equipos, pero que, en conjunto, forman un todo armónico constituído de centros primarios, secundarios o terciarios, supeditados unos a otros y complementados recíprocamente en sus servicios. Este es el sistema actualmente aceptado en todas partes. Naturalmente, en nuestro país deben introducirse algunas variantes ante la dispersión de la población, que obliga a la dispersión de los servicios. No son por eso convenientes los grandes monoblocks, por lo mismo que los centros densamente poblados son muy reducidos en el país y no pasan de dos o tres.

La red se construirá en cadena, con el criterio moderno de los radios de acción de los centros primarios, secundarios o terciarios. El propósito es que todo habitante pueda recibir asistencia médica en menos de media hora, es decir, que un enfermo en cualquier parte de la República, en menos de media hora, puede y debe tener su asistencia médica, completa e integral.

El propósito de este inciso es que en el interior se edifiquen series de hospitales generales, es decir, establecimientos de tipo po-

livalente con diversa jerarquía, en cuanto al número de sus camas y la dotación de sus equipos. Y que en la Capital, en los centros urbanos grandes como Rosario, Córdoba o Mendoza, se propenda a la construcción de institutos especializados en enfermedades de cada uno de los sistemas del organismo humano.

Por esa vía se llega a la perfecta asistencia de los enfermos y se profundiza la medicina. Estamos convencidos de que en las grandes urbes, en las grandes ciudades, no hacen ya falta en estos momentos camas de tipo polivalente y que debemos evolucionar hacia la organización de la asistencia médica especializada. En el interior se justifica que un médico opere o atienda enfermos de diverso tipo, que lo mismo asista a un parto, que proceda a efectuar una extracción dentaria, pero, en una ciudad grande, con establecimientos especializados, esto no puede ni debe ocurrir. El establecimiento polivalente proporciona una asistencia indiferenciada que dificulta la regular y profunda aplicación de los conocimientos de los especialistas. En esta materia nos remitimos para fundamentar el concepto, a lo que ha manifestado en su mensaje al Congreso el señor Presidente de la Nación, cuando afirmó que no es suficiente que tengamos destacados médicos, que no hacemos nada disponiendo de eminentes especialistas, que por falta de establecimientos adecuados no pueden hacer llegar al pueblo los beneficios de su capacidad, por ahora usufructuada sólo por las clases más pudientes. Se trata, pues, de implantar en las grandes urbes, la especialización, como conquista del progreso médico y conquista social, a fin de democratizar al especialista dotando a éste de institutos perfectamente montados.

Esta nueva estructura asistencial —como se establece en las Bases del Código Sanitario— funcionará bajo un régimen de asistencia de la población no pudiente, en virtud del cual las prestaciones se otorgan en ejercicio de un derecho y no de la caridad ejercida por el Estado o la colectividad. Esto supone una organización de la profesión médica sobre la base de la semisocialización de la medicina, y la financiación de dichas prestaciones en el seguro de salud o en cualquier otro impuesto del tipo social justo y equitativo, que como un anhelo del movimiento revolucionario y reformista, trasciende en las palabras pronunciadas, reiteradamente, por el señor Presidente de la Nación.

Para que esta red sea eficaz y barata, se debe, además, unificar el funcionamiento de los hospitales, tipificando la organización y centralizar paulatinamente, en una sola mano, todos los establecimientos del Estado, sin subestimar —muy al contrario— la colaboración de los vecindarios siempre listos a cooperar noblemente en obras de esta naturaleza. Sólo unificando el sistema asistencial, bajo una misma dirección y una sola técnica de funcio-

namiento, se puede asegurar una asistencia médica de igual calidad en todo el territorio.

Queremos destacar que al mencionar en el plan el concepto de centro de salud se introduce una nueva orientación revolucionaria en materia de técnica hospitalaria. El hospital, funcionalmente concebido, con el criterio actual, es una institución que supera al enfermo, que sale de sus muros, toma la puerta de la calle y llega — por el Servicio Social— al núcleo familiar. Esta doctrina ha inspirado la concepción de la red hospitalaria, pues involucra en la misma la idea de prevención y de acción social, lo que es claro en el texto mismo, y se evidencia en los capítulos subsiguientes, donde el desarrollo del tema se hace con criterio integral aunque no exhaustivo.

No quisiéramos terminar estas consideraciones sin insistir en la angustia que produce la falta de camas en toda la República. Basta señalar la estadística de la distribución geográfica hospitalaria, elaborada por el Instituto Geográfico Militar del Ministerio de Guerra en el año 1939, que coincide, como es lógico, con las estadísticas de Salud Pública de la Nación (Ver la estadística del año 1946 de esta Secretaría, que se consigna en el Cap. V He aquí los coeficientes estadísticos referidos a 1.000 de población:

Provincia de	Buenos Aires	4,66	por	mil
» »	Entre Ríos	3,34	»	»
» »	Córdoba	6,80	»	»
» »	Santa Fe	3,05	»	»
» »	La Rioja	3,86	»	»
» »	San Juan	2,52	»	»
» »	Santiago del Estero	0,79	»	»
» »	Catamarca	0,52	»	»
» »	Salta	6,64	»	»
» »	San Luis	1,55	»	»
» »	Tucumán	3,12	»	»
» »	Mendoza	4,23	»	»
» »	Jujuy	5,07	»	»
Capital Federal		9,61	»	»

Estas cifras nos demuestran que en el total de las provincias, exceptuando Corrientes, para 9.369,000 habitantes, existen 38.864 camas, lo cual representa 4,14 camas por cada 1.000 de población. Sabemos que el mínimo indispensable es de 10 camas por 1.000, es decir, el 1 % y tenemos sólo el 0,41 por ciento.

En los Territorios se consignan los siguientes datos:

Territorio del Chubut	3,93	por	mil
Territorio de Formosa	1,48	»	»
» » Chaco	0,96	»	»
» » Misiones	0,88	»	»
» » La Pampa	0,90	»	»
Ex-Territorio Los Andes (No tienen ninguna dependencia hospitalaria ni cama)			
» » Santa Cruz	1,68	»	»
» » Tierra del Fuego	94,08	»	»
» » Río Negro	2,19	»	»
» » Neuquén	1,18	»	»

Resumen general de los territorios nacionales: con 969.000 habitantes, tenían en 1939, 1.330 camas, lo cual da 1,37 camas por cada 1.000 de población. Según dicho trabajo, sobre 12.600.000 habitantes que tenía la República en el año a que nos referimos, se contaban en el total de camas, tomando las de orden nacional, provincial, municipal, particulares, de beneficencia, militares y navales, 62.419 camas, lo cual hace un promedio para todo el país de 4.93 camas por cada 1.000 habitantes.

Como vemos, estamos siempre a menos de la mitad del mínimum que consideramos indispensable. La seriedad de la estadística levantada por el Instituto Geográfico Militar no llamó la atención de las autoridades del país en aquel momento, no obstante la gravedad de los hechos, que trascienden de la simple consideración de estas cifras. Del año 1939 a la fecha, el número de camas no ha aumentado si no en proporciones insignificantes, como lo demuestran los trabajos estadísticos de la Dirección de Bioestadística y Geografía Médico-Social de la Secretaría de Salud Pública y los índices de la Dirección de Hospitales de Salud Pública (ver Cap. IV).

Inciso 2.° (Artículo 1.° - I parte)

Trata de Maternidades e Infancia. Se estudia la construcción de 15.000 camas a distribuir entre camas de obstetricia (40 por ciento), Niños (20 por ciento), Lactantes (20 por ciento), Ginecología (20 por ciento). El problema de la madre y del niño es uno de los problemas de mayor preocupación nacional. Siempre lo ha sido, desde que se vincula a la tragedia de la desnatalidad y de la mortinatalidad infantil, cuya consecuencia más tremenda es el descenso de nuestra población, y la despoblación de grandes zonas del país, como Jujuy, que tiene un 300 por mil de mortalidad infantil, lo que es una verdadera vergüenza para la Nación.

Una idea importante se infiere del proyecto de ley y que es aplicable al criterio con que están estructuradas las redes asisten-

cial general y de maternidad e infancia. En el capítulo referente a institutos, se crea, por ejemplo, un instituto central, para organizar y dirigir la medicina preventiva. Con esto queremos decir que está en la mente del legislador el propósito de que toda la red asistencial preventiva sea dirigida desde una organización central. El plan analítico contempla un procedimiento de asistencia general y de asistencia materno-infantil, montado sobre numerosos y bien dotados consultorios externos, con sus equipos en serie para la medicina preventiva, que es la medicina del futuro.

La medicina preventiva irá suprimiendo poco a poco los hospitales. La medicina tiene estos aspectos: 1.°, el de la medicina asistencial, que se examina en este plan, y que toma al enfermo cuando ya tiene una lesión evidente, cuando, por lo general, cuenta con muy pocas probabilidades de curación. La ciencia trata de recuperarlo para la sociedad con éxito variable y en un lapso también variable; 2.°, el de la medicina preventiva, en cambio, tiende a evitar que la población se enferme, que el individuo llegue a un déficit tal que lo incapacite total o completamente o que se muera. La medicina preventiva trata de descubrir al enfermo en el ser aparentemente sano, lo que requiere exámenes periódicos de la población, para segregar precozmente a aquellos enfermos que figuran como sanos. El otro aspecto de la medicina preventiva es la profilaxis, que puede definirse como la medicina preventiva de la colectividad. Se refiere a la profilaxis de las enfermedades infecto-contagiosas.

La medicina preventiva —insistimos— trata de evitar la enfermedad del individuo o de tomarlo cuando su mal es fácilmente curable.

Existe una forma de la medicina que vá más allá de la medicina curativa y de la medicina preventiva, que es la medicina constructiva, que tiende a la higiene de la raza y al desarrollo de las aptitudes biológicas normales, que también está contemplada en este plan, porque, entre otras cosas, se crea un Instituto de Medicina de los Deportes, con un criterio de fisiología, y se crea un Instituto de Higiene y Medicina Escolar, con un sentido médico-pedagógico.

Estas creaciones perfeccionan el concepto de la medicina preventiva, que está contemplado con toda latitud en el plan. Creemos, volviendo al inciso 1.° y 2.° que las organizaciones proyectadas, que se extenderán a toda la República, responden a la triple orientación de la asistencia médica curativa, de la asistencia médica preventiva y de la asistencia médica constructiva.

Volvamos al tema concreto de las maternidades. Las proporciones establecidas en la ley entre el número de camas para atender a la mujer enferma, a la mujer embarazada, al lactante y al niño, sugieren de inmediato que se ha adoptado el criterio, ahora ya in-

discutible, de las maternidades integrales. De acuerdo a esas normas, es de prever que la red destinada al binomio madre-hijo, tiene el carácter de unidades llamadas hospitales Materno-Infantiles. Maternidades-Escuelas, Maternidades simples y Centros Materno-Infantiles.

Estas unidades mixtas en los grandes centros urbanos pueden disociarse. Así son aceptables, y hasta lógicos, hospitales exclusivamente para lactantes, es decir, los institutos para protección de la primera infancia.

Si se consiguiera bajar nuestros elevados índices de mortalidad infantil y de desnatalidad a cifras normales, el plan habría cumplido el máximo de cualquier aspiración; pero, en un programa más ambicioso, esas 15.000 camas para asistencia de la madre y el niño, comenzando por las zonas más castigadas por morbilidad —como Jujuy y Salta— con una orientación social, podrían asegurar a todas las madres argentinas una maternidad feliz y un hijo sano, única situación en que la maternidad no es una carga y sí un bien para la felicidad del pueblo y la prosperidad y el progreso de la Nación.

Es evidente que en materia de camas destinadas a maternidad, el número de proyectadas —es decir 6.000 camas— es inferior a las necesidades mínimas de la Argentina. Queremos explicar la razón. Se encuentra en estudio, en estos momentos, la reforma de la ley de la Caja de Maternidad. Entre las modificaciones que se proponen, figura la ampliación de sus beneficios a las esposas de los obreros afiliados al Instituto Nacional de Previsión Social y a las mujeres del servicio doméstico. Conviene referir algunas cifras para que se advierta la importancia de las reformas proyectadas.

La población obrera afiliada al Instituto Nacional de Previsión Social, es de 2.800.000 personas. A cada afiliado le corresponde un promedio de 4 personas por familia, lo cual hace un total de 11.200.000 habitantes de la República, es decir, de posibles beneficiarios a través de las ventajas potenciales que podrían acordarse al jefe de la familia, en virtud de la transformación de las cajas en un seguro familiar. Aceptando un índice de natalidad de 22 por 1.000 habitantes, corresponden 246.400 partos para esa mase de población, la cual entraría al régimen del Instituto Nacional de Previsión Social.

Con un índice de natalidad de 22 por 1.000 habitantes, se deduce que la República tiene al año 308.000 nacimientos. Descontados los 246.400 partos correspondientes a la población de afiliados al Instituto Nacional de Previsión Social, significa que quedarán sólo 51.600 nacimientos de hogares modestos, que no contarán con una previsión maternal.

Se calcula que una cama de maternidad es ocupada 24 veces al año. De acuerdo a las cifras que hemos consignado anteriormente, le corresponderá al Instituto Nacional de Previsión Social levantar 10.280 camas, y al gobierno nacional, para atender a las parturientas no afiliadas a las cajas, 2.126 camas. Como vemos, el país necesita más de 10.000 camas, contando con las existentes, solamente para el servicio de maternidad, de modo que el cálculo de 6.000 camas, que incluímos en este plan, es inferior a la necesidad mínima. Si prospera el proyecto de reforma de la Ley del Seguro de Maternidad, las construcciones para obstetricia no serían perdidas, porque pueden ser traspasadas, previo arreglo financiero, a la nueva Caja de Maternidad que se cree, o de lo contrario, haciendo un convenio con la misma, se podría establecer un régimen mixto de asistencia de la maternidad en todo el país, a cuyo sostenimiento regular contribuiría entonces el Seguro, que vendría así a financiar las obras realizadas con los fondos del Plan Quinquenal.

Si se proyectan 6.000 camas destinadas a los hospitales de niños y lactantes, descontando las ya establecidas en el país, tendríamos, una vez cumplido el plan, para una población de 14.000.000 de habitantes, 0,4 camas por cada 1.000 habitantes. Puede leerse en cualquier tratado de Demología Hospitalaria que, solamente para infancia, se requieren 2,5 camas por cada 1.000 de población, que es la cifra a que llegan países como Holanda, Suecia, Dinamarca, Noruega, etc., naciones que han logrado reducir su mortalidad infantil, en el primer año, a menos del 50 por mil. Como vemos, esas 6.000 camas que planeamos, representan menos de la tercera parte de las necesarias, lo cual nos permite afirmar que el Plan Quinquenal, en esta materia, no tiene nada de ambicioso. Sólo tiende a satisfacer las necesidades mínimas de un país civilizado como el nuestro. Se ha dicho, repetidamente, que el índice de natalidad en nuestro país desciende y que ya está por debajo de lo que se llama la línea actuarial de la despoblación, lo cual significa que no aumentaremos nuestra actual población en los próximos 20 años; de persistir la línea de descenso, la República llegará a fin de este siglo con 12.000.000 de habitantes.

Complejos y varios son los factores que determinan este descenso de la natalidad y esta tendencia hacia la despoblación. La única reserva vital del país reside en la alta natalidad de las provincias llamadas pobres. La provincia de Santiago del Estero con 1|5 de la población de la Capital Federal, le dá al país tantos hijos al año como nuestra opulenta metrópoli. Lo menos que puede hacerse hoy es salvar la fuente vital de las poblaciones rurales, no lesionadas todavía por las formas degenerativas de la civilización. Aun sigue siendo verdad la frase alberdiana de «gobernar es poblar». Poblar, en este caso, se entiende por salvar a los recién nacidos de la garra

de la muerte, que los amenaza constantemente por obra de la ignorancia, de la miseria o de la imprevisión.

Si el Instituto Nacional de Previsión Social tomara a su cargo, en virtud de la modificación de la Ley de Maternidad, la instalación de esas 10.000 camas de obstetricia a que nos hemos referido más arriba, podríamos ampliar sus servicios con la asistencia a la infancia y lactantes, que le son inseparables. Las construcciones hospitalarias siempre son aprovechables, y con simples instalaciones internas de aislamiento dentro de cada sala, se puede convertir la mejor instalación de adultos en una de infancia y lactantes.

Aun dentro de la magnitud total de los números y de las inversiones que se propician, no puede ofrecerse un plan más modesto de sanidad. Sin embargo, a pesar de sus limitaciones —si se cumple— pondríamos de golpe a nuestro país a la altura de lo que debe ser un pueblo culto en materia de civilización sanitaria.

Inciso 3.° (Artículo 1.° - I parte)

El inciso 3 trata de la asistencia de alienados y enfermedades similares o afines. Es evidente que el dramático problema de los alienados en nuestro país, es un problema de capacidad de los establecimientos. En el plan de construcciones se calculan dos camas por cada mil adultos y una cama por cada mil niños. Por ese índice se llega a la cifra mínima indispensable de camas para alienados, es decir, 32.400 camas. La distribución de esas camas se hace provincia por provincia, territorio por territorio (ver capítulo correspondiente) para evitar la emigración de los enfermos de su punto de origen. Se calcula sobre esas 32.400 camas, un 15 o|o para agudos y un 85 o|o para crónicos, porque es indudable que, con los progresos actuales de la psiquiatría, el tipo de alienado agudo debe ser claramente diferenciado del tipo de alienado crónico que no tiene remedio. El agudo en un 60 o|o de los casos puede curarse, por lo cual no es aconsejable mezclar ambos tipos de enfermos en un solo establecimiento.

La asistencia y tratamiento de los crónicos se organiza sobre la base de la laborterapia y de la producción económica de cada uno de los enfermos. Bien organizado el trabajo de los alienados produce tanto como el de los hombres sanos,,en especial, si se les brindan industrias bien organizadas dentro del asilo y se les ofrece la posibilidad de trabajar y cobrar por su labor en el mismo establecimiento.

En Estados Unidos está demostrado, en forma práctica, que cada alienado puede producir lo suficiente para atender sus gastos de sostenimiento y pagar su asistencia. Todo esto, naturalmente, es materia del plan analítico y no podemos extendernos en este asunto tratando de la ley en general.

En el sistema de asistencia para alienados se tiene en cuenta, muy especialmente, la higiene mental y la prevención de las neurosis; la protección de la salud mental del niño, la intensificación de la enseñanza para retardados, la pesca del psicópata, la reeducación de infradotados, los hogares escuelas y jardines de infantes para niños mal dotados.

Sólo contemplando todos los aspectos se puede organizar con eficiencia la asistencia integral de las enfermedades del sistema nervioso, las más complejas de todas. No sólo hay que tener en cuenta a los alienados, sino también a aquellos que sufren lesiones orgánicas, sean quirúrgicas o no, a los enfermos de las glándulas endócrinas, etc.

No podríamos dejar de lado en el proyecto de construcción de establecimientos para enfermos mentales, el planteo doctrinario de la asistencia de este conjunto de seres humanos que se agrupa con el nombre de «asociales». La palabra «asocial» supone el concepto de «estar apartado de la sociedad». Una persona puede «no querer» o «no poder» ser social, es decir, su alejamiento de la sociedad puede ser *activo* o *pasivo*. Los alienados no pueden; otros, algunos semialienados, por ejemplo, no quieren prestar su cooperación a la colectividad. Estos últimos, cuando la «asocialidad» es activa, se convierte en *tipos antisociales.*

La «asocialidad» debe ser considerada desde el punto de vista médico, sociológico y ético. El aspecto ético del problema recién aparece cuando el comportamiento del individuo pone en peligro la convivencia moral o viola sus normas. Entonces se plantea, en cada caso, la cuestión de la responsabilidad o culpa del asocial, el aspecto del bien o del mal, para que la sociedad lo tolere o lo segrege, pero son cuestiones médico-legales que escapan al planteo de la asistencia propiamente dicha.

La asistencia médico-social de los alienados se funda en el punto de vista del asistido tanto como en el punto de vista de la sociedad. La asistencia no puede partir de consideraciones sociológicas generales, sino del derecho de la sociedad de defenderse de la acción perturbadora de los asociales y comprende a aquellos que ponen en peligro o violentan las leyes y normas sociales o morales, aunque razones de índole puramente médica, en beneficio del individuo —ya no de la sociedad— obligan a la asistencia, con el criterio general de la necesidad de asistir a los enfermos.

Un ser social por defectos mentales es fácilmente relegado, por razones de necesidad, de modo que de hecho queda excluído o se aisla, dado que es evidente su incapacidad.

Unas veces esa incapacidad deriva del desarrollo de una enfermedad mental o de una deficiencia congénita cerebral; en ambos casos la incapacidad es rápidamente percibida en las relaciones con los

demás. Otra es la situación de los semialienados, que son también asociales, pero que su incapacidad para la convivencia social no es tan evidente como en el caso de los alienados propiamente dichos.

Cuando el semialienado trata de oponer su existencia al orden público, se convierte en un individuo «que no quiere» ser social, vale decir, volitivamente activo. Esa «oposición» no tiene, necesariamente, que ser contra las leyes morales o contra las normas sociales o jurídicas. Es suficiente que se trace y siga «su propio camino». Esos tipos pueden hasta separarse completamente de la sociedad y vivir en un mundo que, para ellos, es el único real. Podría llamárseles un grupo social muerto. En sus formas frustras, incipientes o atenuadas los encontramos como vagabundos, si pertenecen a las clases bajas, y como «tipo raro» si pertenecen a las clases más altas. Si estos sujetos son más activos, tratan de convencer a los demás de sus puntos de vista mentales.

Al semialienado económicamente independiente, le es fácil vivir, porque él mismo se paga el costo de sus rarezas; en cuanto al otro, el indigente o el pobre, debe caer bajo la custodia de la sociedad, es decir, del Estado, por razones humanitarias y en defensa del orden social. Los principios sociológicos en que se funda la asistencia de los alienados, a cargo del Estado, son —en el fondo— los mismos que pena la lucha contra la delincuencia» y el délincuente es, en un alto porcentaje, un semi alienado, siendo en ambos casos la «peligrosidad», el fundamento intrínseco de la reclusión. La serie de asociales comienza con el mendigo y la prostituta, sigue con el ladrón, asaltante, usurero, falsificador, etc.; continúa con el semialienado y termina con el alienado propiamente dicho.

Abarcar ese conjunto de personas dentro de la asistencia social para devolverlos nuevamente a la comunidad social, parece por ahora una finalidad alcanzable.

Las doctrinas asistenciales oscilan entre la tendencia extrema de apartar del todo a los asociales, segregándolos definitivamente de la colectividad, o la de tratar de recuperarlos para beneficio de esa misma colectividad.

Las primeras obras fueron destinadas a asistir a las jóvenes moralmente deficientes. Fué la iglesia, en defensa de la familia como centro de la vida social que emprendió en los primeros siglos de la era cristiana, una lucha enérgica contra los tratantes de blancas. En el siglo XIII las ordenes de «arrepentidas» alejan a esas jóvenes de la sociedad; en el siglo XIV las casas de hermanas «penitentes» llevan a las mismas a una vida familiar. La sociedad de los «hermanos de misericordia» presta, en el siglo XVI a esas muchachas ayuda económica para poder realizar su readaptación a las normas morales y religiosas. Ahora sabemos, que gran número de esas mujeres eran oligofrénicas, semialienadas o enfermas de neurosis diversas.

Las guerras y la crisis económicas arrojan mucha gente a la calle en los siglos XV y XVI. Contra sus consecuencias, la mendicidad y vagancia se inició una gran lucha en las ciudades tales como las «Reglamentaciones de orden» y los «Hospicios para miserables», creados para vagabundos y «atorrantes», en los cuales se trata de reeducarlos y devolverlos a la vida de trabajo. Entre ellos el porcentaje de alienados es también muy alto.

Tomando como base las instituciones religiosas para peregrinos, muchas congregaciones crearon hospedajes y refugios.

Poco a poco se diferenciaron los «asociales» que perjudican a la sociedad de que los que viven sencillamente apartados. Se excluyen primero a los niños huérfanos y expósitos; luego aparecen las cárceles destinadas a jóvenes delincuentes. *Amsterdan* inicia esta discriminación en 1596; luego siguen las grandes ciudades del norte de Alemania.

En 1604 se distingue en Hamburgo dos tipos de *asociales*, uno que se llamaba «manso» (melancólico, esquizofrénicos, algunos retardados) y otro, denominados gráficamente «lobos malos» (maniácos, paranóicos, etc.) Posiblemente podrían corresponder a las dos formas de alienación; a la aguda y a la crónica, concepto que tiene mucha importancia desde el punto de vista asistencial.

Si bien el Estado orienta su protección mediante medidas coercitivas a fin de garantizar la tranquilidad y la seguridad pública amenazados por elementos «asociales» y «antisociales», quiere, al mismo tiempo, educar y mejorar. Nombrándose tutor, se instituye en una especie de padre de todos los desamparados y por lo mismo las medidas policiales que adopta tienen un carácter más humano.

Al lado del Estado están la iglesia y la caridad pública. También aquí aparecen dos tendencias: la moral severa, tradicional, que aconseja excluir a los que molestan; la caridad trata por todos los medios de devolverlos a la sociedad.

En estas ideas generales está el germen, es decir, el origen y desarrollo de la ley punitiva, de la ley tutelar, de las instituciones de ayuda social, y de asistencia médico-social de los asociales, uno de cuyos capítulos es precisamente la asistencia de los alienados.

Singerist, en su libro «Civilización y enfermedad» (pág. 101, edic. 1946) dice: «La historia de los que sufren enfermedades mentales es un capítulo triste en la historia médica de la sociedad. Es triste porque, durante muchos siglos, estos enfermos han sido tratados de manera abominable y porque de todas las disciplinas médicas, la psiquiatría es la más atrasada. En Estados Unidos, el 50 por ciento de las camas de hospital (como medio millón) está ocupada por enfermos mentales, y no obstante, muchos miles permanecen abandonados porque no hay sitio donde acomodarlos. Ninguna otra clase de enfermos necesita más de hospitalización y esto

sin duda demuestra que la medicina es aún impotente en la mayoría de los casos de enfermedades mentales.

La psicología ha progresado, igual que otras disciplinas científicas. Hoy sabemos mucho más que hace cincuenta años acerca del funcionamiento de las mentes sanas y enfermas y hasta es posible mantener en un medio adecuado a muchos pacientes neuróticos que en el pasado hubieran sido intratables. Sin embargo, en cuanto a las psicosis, somos aún impotentes, a menos que se trate de las variedades que resultan de las infecciones o de las intoxicaciones. Se ha comprobado que la psicosis obedece, a menudo, a factores hereditarios; en estos casos, poca es la ayuda que podemos dar a los enfermos.

Las enfermedades mentales afectan profundamente la vida social de quienes las padecen. Los enfermos mentales son muy diferentes de las personas normales. Perciben, sienten, piensan, actúan, reaccionan de modo distinto; esto los aísla socialmente y, algunas veces, con muy serias consecuencias. El catatónico puede vivir mucho tiempo inmóvil, desprendido por completo del mundo.

No existen fronteras bien definidas entre la cordura y la demencia. La mayoría de los enfermos mentales tiene apariencia física normal y esto, claro está, afecta el criterio de la sociedad hacia ellos. En sus comienzos, la medicina sólo se encargaba de enfermedades físicas, y el hombre que parecía normal pero obraba de manera irracional no llamaba la atención del médico. Por el contrario, parecería más lógico enviarlo al sacerdote, el médico del alma. Se debe a la medicina griega el haber reconocido la locura como enfermedad que concierne al médico, aunque muchos enfermos mentales buscaban alivio en los templos. A los locos inofensivos se les dejaba en libertad para que los cuidara su propia familia, o vagaban por las calles pidiendo limosna, como lo hacen todavía en el Oriente. Muchos deben haber perecido por falta de cuidados.

La psiquiatría griega revivió en la Edad Media, y se refleja en los escritos médicos. Sin embargo, en el período que dominó la religión, la forma que ésta adoptó de tratar a los enfermos mentales era cruel por necesidad. Se consideraba que el hombre que se comportaba y hablaba de manera distinta a los demás estaba poseído de un espíritu malo o del demonio. La cura consistía en sacar al espíritu malo por medio del exorcismo y otros procedimientos. Cristo lo había hecho y había dotado a sus discípulos del mismo poder. Todos los atavíos de la medicina primitiva se aplicaron en forma cristianizada al tratamiento de los enfermos mentales.

El estar poseído del demonio era un accidente y no un crimen. Cristo no había castigado a los endemoniados; los había curado sacándoles el espíritu malo. Pero, no se creía en la brujería, se pensaba que las brujas habían sido seducidas por el diablo o que

habían hecho un pacto con él: eran infieles y la herejía era un crimen. Como herejes, no se les curaba, se les castigaba. El castigo era la muerte en la hoguera.

Mientras los golpes del martillo de las brujas caían pesadamente, algunos pocos filósofos y médicos adoptaron un criterio distinto para los débiles mentales. En el siglo XVI, el español Juan Luis Vives, gran humanista, psicólogo y reformador social, consideraba a los dementes como enfermos que debían tratarse con dulzura. El médico Paracelso, sin negar la existencia de las brujas, pensaba que las enfermedades mentales eran de naturaleza espiritual, y Johann Weyer en su libro «De Praestigiis Daemonum» (1563) tomó partido en contra de la caza de brujas. Llevado de su interés por las enfermedades mentales, reconoció que las mujeres perseguidas como brujas eran enfermas desequilibradas y necesitaban tratamiento médico.

Hasta fines del siglo XVIII continuó la quema de brujas aunque en número cada vez menor. El racionalismo que surgía ayudó a desterrar este criterio que ya en sí era un delirio de persecución. Pero aun el tratamiento de los enfermos a quienes no se quemaba era bastante cruel. Si no tenían familiares que los atendieran, o si eran furiosos y constituían una amenaza para la comunidad, se les confinaba en asilos, hospicios o cárceles, donde vivían años enteros encadenados a las paredes como animales salvajes y donde los guardianes los azotaban de manera brutal. En la Edad Media, varios países fundaron asilos especiales para dementes, pero apenas si diferían de las prisiones.

Bajo la influencia del movimiento humanitario, la sociedad se percató poco a poco de su responsabilidad para con los dementes. Sus cadenas fueron dramáticamente rotas durante la Revolución Francesa, cuando Felipe Pinel libertó a sus pacientes del asilo Bicetre de París. En Inglaterra, los cuáqueros iniciaron este movimiento humanitario como habían iniciado tantos otros: por recomendación de un comerciante, William Tuke, fundaron el Retiro de York en 1796 y en él trataban con bondad a los pacientes.

Durante el siglo XIX se fueron aboliendo las cadenas en todas partes, pero con frecuencia sólo para que las substituyeran las camisas de fuerza. Mucho tiempo nos llevó aprender que la violencia no se cura con violencia. Todavía se usan los tratamientos brutales en algunas instituciones atrasadas, pero la sociedad los condena porque sabe que los enfermos mentales no sólo son «locos», objeto de hilaridad si son pacíficos y de odio si son furiosos. El vocabulario ya cambió, se han eliminado las nocivas palabras «loco» y «asilo». La ciencia ha demostrado que las enfermedades mentales no son el resultado de pasiones ilícitas, sino su causa y se trata a los dementes como lo que son: enfermos que necesitan un tratamiento médico racional, y, si éste fracasa, por lo menos cuidados humanitarios.

Podemos, desde luego, suponer que en la antigüedad muchos débiles mentales murieron por falta de atención médica antes de tener la edad suficiente para reproducirse.

Existía en Esparta la costumbre de abandonar a los niños débiles y lisiados. Todo esto contribuía a eliminar a los que se consideraban incapaces o mal dotados por la naturaleza para la lucha por la vida. Otros criterios evolucionaron bajo la influencia del punto de vista religioso. Así, en la India, la creencia en la transmigración de las almas y el postulado budista de la compasión universal dió por resultado la preservación de todo ser viviente, hombre o animal. En Occidente, la creencia cristiana en la inmortalidad del alma, la concepción de que el propósito de la vida era la salvación, el concepto de caridad y, más tarde, el de humanitarismo, dieron todos resultados similares. Como consecuencia, cada nación sostiene una pesada carga de individuos, muchos de los cuales están impedidos por enfermedades hereditarias o adquiridas y nunca podrán desempeñar una función en nuestra actual sociedad, viviendo a veces hasta sin conciencia de ello. En los últimos diez años, Alemania se embarcó en un gran programa de esterilazación para evitar la reproducción de los disgénicos.

La trabajoterapia o laboraterapia es la única forma de tratamiento que tienen todos los asociales así como también los oligofrénicos y los mentales crónicos. Es conveniente la distinción entre el «trabajo-rendimiento» y el «trabajo-tratamiento». En el primero, el enfermo trabaja con arreglo a un criterio y control puramente administrativos, mientras que en el segundo lo hace exclusivamente con arreglo a un criterio y control médico. El «trabajo-rendimiento» se practica en todos los asilos respondiendo a las necesidades derivadas de la escasez de personal. Los enfermos son empleados generalmente en el trabajo de limpieza y en las labores agrícolas, realizando su trabajo voluntariamente y cobrando por ello una escasa retribución. Para más detalles, remitimos al lector al capítulo sobre alienación mental, en lo referente a laboraterapia y al capítulo XXXVIII. A pesar de los inconvenientes que puede presentar esta modalidad de trabajo, los enfermos la cumplen gustosos, obteniéndose en muchos una notable mejoría de su estado general y mental. No obstante, la esfera de acción de esta variedad de trabajo es limitadísima, ya que apenas se emplea un 10 % de población manicomial y los enfermos utilizados son los tranquilos, reclutados escrupulosamente entre los crónicos más desahuciados del asilo.

Muy distintas de las anteriores son las normas a que se ajusta el trabajo metódico y sistemático como medio terapéutico; aquí no es el capataz el que dispone el trabajo, sino el médico, que lo distribuye, ordena y vigila teniendo en cuenta las características especiales de cada enfermo. Por otra parte, la tendencia actual es po-

ner en práctica métodos que permiten ocupar al mayor número posible de enfermos, sin descuidar en ningún momento la seguridad personal de los trabajadores. A este respecto, los resultados obtenidos en muchos asilos extranjeros son extraordinarios; en Suiza, en Vil (Saint-Gall), la proporción de alienados trabajadores es de un 83 por 100 de hombres y de un 75 por 100 de mujeres (doctor Schiller). En Cery-Lausanne es de un 67 por 100 de hombres y de un 84 por 100 de mujeres (profesor Preisig). En Holanda, bajo el impulso del doctor Van der Scheer, el número de los trabajadores se eleva en el asilo de Sandvoor a un 90 por 100.

El trabajo metódico puede realizarse en los talleres y en el campo; en los primeros se agrupan los enfermos, de manera que cada uno ocupe siempre su puesto, siendo preciso disponer de locales espaciosos, dotados de todas las condiciones higiénicas y con personal idóneo. Además de los talleres generales, en donde trabaja gran número de enfermos, es conveniente disponer de salas o departamentos pequeños de trabajo que deben estar separados unos de otros por divisiones incompletas y provistos de dos puertas con vidrios irrompibles de modo tal, que permitan al personal de vigilancia observar todo lo que ocurre. En estos pequeños talleres deben colocarse tres enfermos como máximo, y en algunos, uno solo. Antes de concluir el trabajo, los enfermos dejan sus herramientas, ordenadas, encima de una mesa bien visible, lo cual permite al enfermero darse cuenta al primer golpe de vista de que ninguna herramienta ha sido llevada por los enfermos, a los cuales para mayor seguridad, se les registra diariamente.

Observando tales disposiciones se puede sin inconveniente alguno confiar las herramientas durante el trabajo a los enfermos considerados como agitados o peligrosos. La tercera sección de Villejuif recibe los alienados más peligrosos de París, sin que desde la apertura de la sección, es decir, desde 1910, ocurriese ningún acto violento imputable a los instrumentos de trabajo.

Tal es, en líneas generales, el propósito con que se aborda la asistencia a los enfermos mentales para que en adelante estos hospicios dejen de ser criaderos de locos o reducideros de locos como los ha calificado, repetidamente, la crítica periodística.

Inciso 4.° (Artículo 1.° I parte)

El problema de la tuberculosis que tan íntimamente se relaciona con la medicina preventiva de que hablamos antes, está en vías de solución en casi todo el mundo, menos en nuestro país. Se ha notado que hay un descenso de los índices de morbilidad tuberculosa, gracias al aumento de los establecimientos para esta asistencia y a la captación precoz del baciloso. Pero es indudable que

no se ha dado un golpe final para terminar con la tuberculosis en la Argentina. Hacen falta muchos más establecimientos. Se autorizan 10.000 camas. Consideramos que no es mucho para lo que téoricamente se necesita. Si existe necesidad de aumentar ese número de camas con otros fondos, habrá que aumentarlas sin discusión.

La tuberculosis ocasiona en nuestro país la muerte de 16.000 personas por año, ataca 100.000 casos nuevos por año y produce una pérdida de trabajo que se ha calculado en 300.000.000 de pesos por año. Si existe un fin ampliamente justificado en nuestra patria es la extinción de la tuberculosis, como se ha logrado en los países más civilizados. Es conveniente destacar, además, para ponernos dentro de la gravedad del problema, que el 2 % de la población, aparentemente sana, tiene lesiones tuberculosas activas. En nuestro país no hay tendencia de los índices a bajar, salvo en la provincia de Buenos Aires que tiene una lucha antituberculosa bien organizada. Pero, en otras partes, hay que evitar que continúe avanzando, evitar muertes por lesiones que son perfectamente curables, sustraer precozmente a los enfermos del trabajo, internarlos para cura de reposo y solucionar el angustioso problema de la falta de camas y del Servicio Social.

Es ineludible que la red asistencial antituberculosa contemple los distintos tipos de establecimientos para los diferentes tipos de enfermos, diferentes por su gravedad y formas clínicas. No debe ser lo mismo el sanatorio, que la colonia o el hospital, porque si no incurriremos en lo que ocurre actualmente, en que el sentido funcional y terapéutico de los hospitales para bacilosos ha sido —por necesidad— totalmente desvirtuado.

«El tratamiento de la tuberculosis en sanatorios dió un nuevo sesgo a la sociología del paciente. El enfermo vive en el sanatorio dentro de una atmósfera un tanto irreal; arrancado de un medio normal, se ve conducido a otro muy distinto, casi siempre entre paisajes hermosos y redeados de bosques y montañas. Aquí no se le permite, ni se espera que trabaje; no tiene obligaciones para con la sociedad; lo cuidan, lo nutren bien y tratan de curarlo, y casi siempre goza de un nivel de vida más alto que el suyo ordinario. En otras palabras, se le concede gozar de la privilegiada posición del hombre enfermo. Si es indigente, vive en el sanatorio como huésped de la sociedad, la cual le manifiesta en esta forma su interés y el deseo de que se recupere. En muchos casos, familias enteras contribuyen, con todo el dinero que pueden reunir, para que un paciente enfermo pague el tratamiento. El enfermo, sólo por el hecho de

serlo, se convierte en persona de cierta importancia. Los otros enfermos que lo rodean sufren todos de la misma enfermedad, lo cual confiere al sanatorio una atmósfera muy distinta a la del hospital general.

El paciente sólo tiene una tarea: recuperarse. La curación es la meta y el propósito de su estancia en el sanatorio. Desea vivir, estar sano de nuevo y volver al lado de su familia. Sin embargo, inconscientemente, se da cuenta de que en el momento que cure perderá su posición privilegiada, ya no será importante —al menos en el mismo sentido— y tendrá que volver a las fatigas de la vida diaria. Con esta convicción viene el miedo al futuro. ¿Cuánto le durará la salud? ¿Encontrará trabajo? Los médicos recomiendan trabajos ligeros, al aire libre; pero, ¿existen esos trabajos y podrá mantener a su familia de manera decente?

Todos estos pensameintos dan origen a una resistencia con la que debe enfrentarse el médico, por lo que su tarea es, no sólo la restauración física del paciente, sino también la preparación psicológica para lograrla. La tuberculosis es una enfermedad de índole social y el mejor tratamiento médico fracasa si no se combina con medidas sociales. No vale la pena curar un enfermo sólo para devolverlo a los barrios bajos; el cuidado del enfermo en la convalecencia es tan importante como la cura en el sanatorio, que no es si no un eslabón de la cadena de medidas sociales que empieza con la educación y el diagnóstico precoz y termina con la rehabilitación social.

En Inglaterra, Papworth Village, un campamento donde se trata y rehabilita a los pacientes, donde pueden vivir con sus familias y trabajar en diferentes industrias como miembros útiles de la sociedad, ha demostrado ampliamente lo que puede hacerse, aún dentro de la actual estructura social, y sólo es de lamentarse que no haya muchas instituciones como ésta. (Singerist, op. cit., pág. 98, edic. 1946).

Sir Robert Philipp, en una comunicación a la IV Conferencia Internacional contra la Tuberculosis, reunida en Lausanne el año 1924 demostró que los resultados en la lucha antituberculosa son magníficos, cuando la organización y los medios con que se la emprende son los adecuados para el fin propuesto. Tal es el caso de Inglaterra, Estados Unidos y Dinamarca .

A iguales conclusiones llegó el Primer Congreso Panamericano de la Tuberculosis, reunido en Córdoba en octubre de 1927, después de haber escuchado la palabra de los doctores Aráoz Alfaro y Zauchinger en el trabajo titulado: «Consideraciones demográficas de la tuberculosis en la República Argentina»; la del doctor Clemente Ferreira, de San Pablo (Brasil), referente: «A luta contra a Tuberculosise'; la del doctor Aráoz Alfaro: «Resultados actuales de la lucha contra la tuberculosis»; la del doctor Juan F. Caf-

ferta: «La acción del Estado en la lucha contra la tuberculosis»; todo lo cual dió origen a la sanción, por unanimidad, del siguiente voto:

«El Primer Congreso Panamericano contra la tuberculosis, compenetrado de los excelentes resultados alcanzados en la lucha contra la tuberculosis por los países que la realizan bajo un plan orgánico, metódico y completo:

«Recomienda insistentemente a los gobiernos americanos que aun no hayan organizado esa campaña salvadora, la inicien y prosigan con empeño, bajo las mismas normas generales y le dediquen todos los recursos pecuniarios requeridos, seguros de que cuanto mayores sean éstos, más inteligentemente aplicados, más rápidos y grandes serán el ahorro de vidas y los beneficios económicos que se obtengan».

Ya en octubre de 1926, en el XXII Congreso Anual de la National Tuberculosis Assocciation, reunido en Wáshington, Mr. Godias J. Drolet, estudiando en la hospitalización de los tuberculosos —como uno de los elementos fundamentales de la lucha antituberculosa— enseñaba que existe una notable relación entre la mortalidad por tuberculosis y el número de camas reservadas para los enfermos atacados por esta enfermedad. Si, excepción hecha de Dinamarca que merece ser citada por separado, se consideran los tres países que la tasa más baja de mortalidad tuberculosa, o sea menos de 100 defunciones por cada 100.000 habitantes, y que son Nueva Zelandia, Canadá y Estados Unidos, se comprueba que existe en ellos una elevada proporción de camas disponibles para la asistencia de los tuberculosos y que dicho número oscila entre 7 y 9 camas por cada 10 defunciones.

En Nueva York, la mortalidad tuberculosa fué, en 1908, de 128 por cada 100.000 habitantes, disponiéndose de 3.935 camas. En la misma ciudad, la mortalidad por tuberculosis descendió a 89 por cada 100.000 habitantes al llegar ésta a una dotación de 6.414 camas para la asistencia de los enfermos de tuberculosis.

En Dinamarca —que es el país que registra la mortalidad tuberculosa más baja de todo el continente europeo—, según Kund Faber, en el período comprendido entre 1890 y 1921 el coeficiente de esa mortalidad bajó de 227,8 a 95 por cada 100.000 habitantes, lo que es imputable a la organización, cada vez más perfecta, de su lucha antituberculosa y al habérsele prestado preferente atención al factor cama, hasta lograr que ningún tuberculoso deja de ser sometido a tratamiento. Dinamarca dispone en la actualidad de 3.458 camas, distribuídas en 72 instituciones de asistencia antituberculosa. El número de defunciones anuales por tuberculosis en Dinamarca es de 3.177, lo que quiere decir que, para 100 fallecimientos anuales, ese país cuenta con 109 camas. En el grupo de los países que poseen una mortalidad tuberculosa intermedia, fi-

guran Holanda, Inglaterra y país de Gales, Alemania, cuyo número de camas disponibles en 1938 es igual a 4 ó 5 por cada 10 muertos. En Francia, Italia, Checoslovaquia y Japón, que tienen una mortalidad tuberculosa elevada, no se cuenta más que con una débil proporción de camas. En la República Argentina, aun apreciando generosamente el número de camas de los sanatorios y hospitales particulares, no tenemos ni dos camas por cada 10 defunciones anuales.

En virtud de las observaciones y comprobaciones precitadas, ha llegado a establecerse como un axioma en la lucha contra la tuberculosis, que **cada país o colectividad necesita tantas camas para** asistir tuberculosos, como defunciones anuales le origina la enfer**medad,** precepto que el primer Congreso Panamericano de la Tuberculosis sancionó en el siguiente voto:

«Siendo el factor cama uno de los elementos más indispensables en la lucha contra la tuberculosis, se aconseja a las autoridades nacionales, provinciales y municipales, el aumento de la capacidad hospitalaria destinada a la asistencia de enfermos pulmonares, con el fin de poder realizar una verdadera profilaxis.

«Aconseja a todas las naciones que lleguen a tener tantas camas para la asistencia de los tuberculosos como muertos se produzcan anualmente a causa de esa enfermedad». Las camas a que se refiere el párrafo anterior, han de hallarse distribuídas según las formas clínicas y los grados de evolución a que la enfermedad haya llegado, en sanatorios, hospitales-sanatorios, hospitales urbanos, asilos, colonias, preventorios, etc.

Por lo que respecta a la ubicación de los sanatorios para tuberculosos pulmonares, el Primer Congreso Panamericano de la Tuberculosis, sancionó un voto en el que expresa que «Ofreciendo la región montañosa de Córdoba una climatología apta para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar» es en ella donde preferentemente deben ser asistidas las personas que, atacadas por esa enfermedad, pertenezcan a las formas clínicas y hallen en los grados de evolución que la tisiología indica como particularmente propicios para ser tratados en clima de altura media.

Burnand, director del Sanatorio Popular de Leysisn, da como porcentaje de curación en la tuberculosis pulmonar el siguiente:

— I —

Formas incipientes		81.2 %
Formas fibrocaseosas extensivas	Primer Grado	71.4 %
	Segundo Grado	13.5 »
	Tercer Grado	3 »

— II —

Las mejorías estarían representadas:

Formas incipientes		11.5 %
Formas fibrocaseosas extensivas	Primer Grado	24.3 %
	Segundo Grado	60.5 »
	Tercer Grado	47.1 »

— III —

En conjunto, curaciones y mejorías, ofrecen:

Formas incipientes		92.7 %
Formas fibrocaseosas extensivas	Primer Grado	95.7 %
	Segundo Grado	74 »
	Tercer Grado	50.1 »

Se pueden clasificar los resultados de la cura sanatorial, en los siguientes términos:

1.°) «Curas muy buenas». Resultando perfecto, tanto bajo el punto de vista del estado general, cuanto en lo que respecta al punto de vista lesional, cura que permite abrigar la esperanza de que, observando las precauciones de rigor, el enfermo tiene las mayores probabilidades de no recidivar.

2.°) «Cura buena». Cuando se han obtenido resultados completos y muy satisfactorios en lo que respecta al estado general y presenta, no obstante, en lo relacionado con el estado pulmonar, resultados que no son tan satisfactorios, puesto que permiten la persistencia de signos que no corresponden a las modificaciones que imprime el proceso de curación. En esta categoría se clasifican los enfermos que deberán observar grandes precauciones para evitar una nueva agresión de la enfermedad.

3.°) «Cura bastante buena». Se entiende una cura que ofrezca completas satisfacciones de conjunto, sobre todo en lo relacionado con el estado general, pero cuyos resultados, bajo el punto de vista pulmonar, son imperfectos y dejan subsistir grandes temores para el porvenir.

4.°) «Cura mediocre». Es la incompleta, tanto en lo que se refiere al estado general cuanto en lo que respecta al estado pulmonar, que ha ofrecido, sin embargo, una cierta mejoría, probablemente pasajera e insuficiente, como para asegurar cualquier futuro beneficioso.

5.°) Bajo la denominación de «resultados nulos» se agrupan, no solamente los enfermos que no hayan experimentado ninguna

influencia favorable de la cura, sino también, aquellos en que se ha comprobado cualquier clase de agravación.

En la estadística de Guimar, que comprende 3.228 enfermos, fueron clasificados éstos a su ingreso, de la siguiente manera:

Primer Grado	709 o sea	23.82 %
Segundo Grado	695 o sea	21.53 »
Tercer Grado	1.764 o sea	54.64 »

Los resultados comprobados al ser dados de alta fueron en el grupo de los 769 enfermos de primer grado, 649 obtuvieron un resultado «muy bueno»:

			o sea	84.39 %
114	obtuvieron	resultado	«bueno» o sea	14.82 %
4	»	»	«bastante bueno» o sea	0.52 »
2	»	»	«nulo» o sea	0.26 »

En el grupo de los 695 enfermos de segundo grado:

99	obtuvieron	un	resultado	«muy bueno» o sea	14.26 %
405	»	»	»	«bueno» o sea	58.25 »
149	»	»	»	«bastante bueno»	24.02 »
28	»	»	»	«mediocre» o sea	4.02 »
14	»	»	»	«nulo» o sea	2.01 »

En el grupo de los 1.476 enfermos de tercer grado:

7	obtuvieron	un	resultado	«muy bueno» o sea	0.39 %
284	»	»	»	«bueno» o sea	16.11 »
555	»	»	»	«bastante bueno» o sea	31.44 »
446	»	»	»	«mediocre» o sea	25.31 »
471	»	»	»	«nulo» o sea	26.73 »

El estudio de esta estadística demuestra: 1.°: que los resultados de la cura sanatorial son espléndidos y 2.°: que esos resultados son tanto mejores cuanto menos adelantados están los pacientes en la evolución de su enfermedad. Y Guimar, con su alta autoridad, agrega: «No es suficiente ir al campo o a la sierra; no es suficiente imponerse el reposo que se quiera; no es suficiente vivir en pleno aire y esforzarse por comer copiosamente; es necesario cumplir todo eso con método y puntualidad, siguiendo un horario y un programa de distribución del día, en el que, como en los reglamentos de nuestros sanatorios, el empleo del tiempo y la importancia de cada factor de la cura estén convenientemente repartidos y minuciosamente dosados.

«Poseemos la convicción, firmemente arraigada, sobre la imperiosa necesidad que los enfermos deben sufrir una vigilancia muy estricta para evitar, en lo posible, toda falta al régimen impuesto, que por pequeña que sea produce consecuencias desfavorables para la salud de los pacientes».

Creemos haber evidenciado en esta exposición, los magníficos resultados que se obtienen con la organización de una lucha antituberculosa metódica y completa, y destacado valor del factor cama, el papel y los resultados de la unidad sanatorial como base de la lucha contra la tuberculosis.

Inciso 5.° (artículo 1.° I parte)

El inciso 5.° se refiere a la lepra. El cálculo de 3.000 camas para lepra es muy moderado porque, según informaciones extraoficiales y encuestas por supuesto imprecisas, ya que no tenemos estadísticas perfectas , existen en el país cerca de 12.000 leprosos. Esto nos induce a pensar que en materia de lepra, la adjudicación de camas ha quedado corta. No es cuestión de atribuirle importancia al hecho que sean 3.000 ó 10.000 camas las que se destinan a lepra. En el texto de la ley de construcciones sanitarias se establece la posibilidad de que, si el Poder Ejecutivo considera necesarias más camas de las que están proyectadas para los servicios especializados, como el de lepra, tuberculosis o alienados, lo puede resolver directamente, de acuerdo con los recursos de que dispone en ese momento. Esta es una ventaja que se le ofrece al Poder Ejecutivo al no limitarle, bajo ningún punto de vista, el programa de distribución. Ahora mismo, al hacer una distribución tan general, podemos incurrir en restricciones excesivas. Debemos evitarlo, pues es evidente que esta ley, cuando más general sea, será siempre un instrumento más práctico del punto de vista legislativo.

Ninguna enfermedad ha sido de consecuencias tan horribles para la vida social del paciente como la lepra. Es ésta una afección crónica que evoluciona con lentitud, y la persona que la padece vive con ella por muchas décadas antes de sucumbir. No es muy contagiosa —mucho menos que la tuberculosis— y, en todo caso, su contagiosidad no explica por qué la sociedad reaccionó de tan violenta manera contra ella; debe haber otras razones, la principal de las cuales es, con toda probabilidad, el hecho de que mutila a sus víctimas de una manera horrible; los miembros se necrosan hasta desprenderse, y si a esto añadimos la pestilencia que despiden los sitios gangrenados, el espectáculo que ofrecen los leprosos en períodos avanzados es espantoso. La sociedad reacciona siempre de manera violenta a la vista de la desagradable apariencia de un enfermo. El cuerpo consumido de un tuberculoso inspira lástima.

pero las enfermedades de la piel se consideran repugnantes. Un padecimiento cutáneo, relativamente inocuo, puede impedir que un individuo consiga empleo, y bastan las comezones para envenenar la vida social de una muchacha. Una enfermedad de la piel revela a todo el mundo la enfermedad de un organismo, mientras que otras enfermedades más seria, pueden pasar inavertidas para el que observa superficialmente. Otro factor agravante respecto al caso de la lepra era que esta enfermedad se consideraba incurable.

La lepra es enfermedad de los trópicos, donde todavía existe. Invadió la Europa occidental al principio de la Edad Media; se hizo endémica, sobre todo entre los pobres; alcanzó su mayor auge en el siglo XIV y declinó mucho desde entonces. Fué desapareciendo, poco a poco, en Europa, con excepción de algunos puntos del norte y el este del continente.

El pueblo reaccionó vigorosamente contra la lepra cuando la enfermedad empezó a convertirse en amenaza para la sociedad, al principio de la Edad Media. Puesto que no había manera de curarla y los médicos se declaraban impotentes, sólo cabía atacar la enfermedad por la vía social; por ello la iglesia se encargó de combatirla. Esto se llevó a cabo empleando los preceptos del Levítico.

Las mismas reglas se aplicaron en la Edad Media. El aislamiento de los leprosos por toda su vida parecía ser la única medida a mano para proteger a la sociedad. Los individuos sospechosos del padecimiento tenían que reportarse a las autoridades. Se les examinaba, y como el diagnóstico podía ser de tan tremendas consecuencias sociales, el examen se efectuaba en circunstancias muy solemnes. Un grupo de médicos asumía la responsabilidad del caso. En Italia con frecuencia agregaban un abogado al grupo, porque el diagnóstico tenía consecuencias legales; los médicos y el paciente prestaban juramento. El abogado exhortaba a los médicos a proceder con gran cuidado y a recordar bien los síntomas de la verdadera lepra, a estudiarlos una y otra vez y a no confiar en un solo síntoma, sino en la asociación de varios, a diferenciar los característicos de los no característicos y a tener cuidado al rendir el juicio. Le explicaban al enfermo que su padecimiento significaba la salvación de su alma, y que Cristo no despreciaba a tales enfermos, aunque la sociedad los redujera al ostracismo.

Si el diagnóstico no era claro, se aislaba temporalmente a los enfermos «in loco remoto a toto populo» y se les volvía a examinar más tarde. Pero si el diagnóstico era acertado y claro, se apartaba al enfermo por el resto de su vida, se le expulsaba del seno
gunas partes se celebraba por él una misa de Requiem y se le de-
de la sociedad humana y se le privaba de sus derechos civiles; en al-
claraba socialmente muerto. Vivía en un leprosárium, fuera de la

ciudad, en compañía de otros leprosos y todos ellos vivían de la caridad pública.

Los enfermos de lepra son muy susceptibles de infecciones secundarias. Cuando la Muerte Negra asoló el mundo en 1348 y 1349 y exterminó a la cuarta parte de la población de Europa, los leprosos fueron los primeros en sucumbir a la peste. Muchas leproserías se clausuraron después de 1349, por falta de asilados, y desde entonces, la enfermedad disminuyó con rapidez.

En la actualidad, impera el cristianismo en los países en que los leprosos permanecen aislados. La sociedad no teme a la tuberculosis, pero se horroriza de la lepra, lo que se debe a la tradición bíblica. No hay indicación médica para agregar a los leprosos, que, por otra parte, podría resultar perjudicial, porque las familias se inclinan a esconder al enfermo para no perderlo, con lo cual le privan de vigilancia y tratamiento médico. En el Japón y otros países no cristianos se trata a los enfermos sin aislarlos, con los mismos resultados que se obtienen en los países que los segregan.

Las razones para la segregación de los leprosos son más bien de carácter económico. Casi todos los pacientes son indigentes y resulta más barato y más efectivo tenerlos juntos en una leprosería que tratarlos individualmente en sus casas o permitirles vivir de la caridad pública en las calles. Además, en la leprosería viven con sus acompañantes de infortunio y escapan al ostracismo social que sin duda los alcanzaría al llegar la enfermedad a períodos avanzados. Muchas instituciones modernas están bien equipadas para facilitar la educación y el recreo de los enfermos, algunos de los cuales se mejoran con el tratamiento y son dados de alta condicionalmente. Este régimen es muy distinto al anterior; el leproso no se interna para toda su vida, hay aún esperanzas para él.

En algunos países, las leyes no son tan estrictas. Si la situación económica del paciente le permite mantener cierto grado de higiene, se le deja en libertad, aunque bajo vigilancia médica. A pesar de todo, la lepra es uno de los mayores males de la humanidad y una de las enfermedades que tiene las peores consecuencias sociales (Singerst, loc. cit. pág. 89).

La medicina preventiva sostiene que, en virtud de los nuevos progresos en materia de lepra, ha llegado la hora de abandonar la descripción característica de la enfermedad a que hacen referencia los libros clásicos de Patología Médica; es preciso que todo el cuerpo médico conozca perfectamente bien el primer período de la lepra, en sus más insignificantes manifestaciones; es preciso que dirijamos todos nuestros métodos de investigación a este período de la enfermedad, cuya primera etapa estacionaria, presenta dificultades extraordinarias para el diagnóstico. He aquí el nuevo problema que se presenta al clínico: hay que desenmascarar la

velada sintomatología de la enfermedad; hay que buscarle el síndrome clínico característico de la primera etapa porque los casos incipientes son más contagiosos aún que los casos típicos, dado que contra aquéllos nadie se previene, mientra que a estos últimos desventurados todos los huyen. En este primer período, la enfermedad es francamente curable y se puede restituir a la sociedad un condenado a reclusión forzosa. El diagnóstico y la curación de los casos incipientes es, en la actualidad, la única y exclusiva medida profiláctica que libertará al hombre de tan terrible dolencia.

La lepra es, prácticamente curable en sus primeros estadios como lo son la tuberculosis y la sífilis. Es lógico pensar que con la individualización de los casos incipientes y el tratamiento precoz, tendremos en nuestras manos un arma de dos filos en lo que se refiere a la profilaxis y al tratamiento de la enfermedad.

Una vez arraigado el concepto de la curabilidad de la enfermedad, la segregación pierde por completo su valor como única medida contra la propagación de la lepra. Bajo las condiciones sanitarias actuales, el control de la enfermedad será exclusivamente del dominio de las autoridades sanitarias, las que pondrán especial cuidado en lo que se refiere al diagnóstico precoz y al tratamiento precoz de todos los casos, de tal manera que solamente escapen a su vigilancia alguno que otro caso esporádico. La lepra podrá extinguirse en una o dos generaciones, si nos ajustamos a estas directivas.

El obstáculo más serio para el tratamiento precoz lo constituyen, precisamente, los actuales leprosarios, organizados exclusivamente sobre el criterio de la caridad y sin el concepto de la asistencia social. Los leprosarios son excelentes y es lo único que se puede hacer para los casos de enfermos mutilados. Pero un caso incipiente, que presenta pocos síntomas locales y que el mismo enfermo considera que es una afección de la piel, jamás ingresaría, voluntariamente, en un leprosario para tratarse de su afección por la repugnancia que le inspira el leprosario y el concepto inmemorial de la lepra. Siempre el leproso, en estas condiciones, esconderá su enfermedad para evitar su reclusión, porque es natural que se sienta horripilado al pensar que, en lo sucesivo, tiene que convivir con aquellos desventurados de aspecto repulsivo por lo avanzado de su afección. Es inhumano, aparte de que no existe razón científica, el aislar por el resto de sus días a un enfermo incipiente, toda vez que, un tratamiento bien dirigido, puede curar a ese enfermo en uno o dos años, o en algunos meses como ha sucedido en muchos casos precoces de la enfermedad. Sería lo mismo que se pretendiera aislar a un individuo afecto a un chancro sifilítico con los alienados de la misma etiología o a un niño con adenopatías, con los tísicos, en sus períodos terminales.

Inciso 6.° (Artículo 1.° - I parte)

El inciso 6.°, se refiere a la semisocialización de la medicina. Se trata de la organización de la asistencia familiar a cargo del Estado, asistencia médica a domicilio o asistencia abierta y la institución del médico de familia. Existen distintos sistemas en el mundo de socialización de la medicina, pero el pensamiento del gobierno sobre esta materia ha sido claramente enunciado por el presidente de la Nación, quien ha dicho que, la semisocialización, según él entiende, tendrá por objeto tomar un tiempo determinado de los médicos, en su propio consultorio, y subsidiarios por la asistencia de una cantidad determinada de enfermos no puedientes, es decir, que por sus rentas mensuales no pueden contratar una asistencia médica libremente convenida con el profesional. Basta este enunciado para advertir que no se trata de una oficialización total de la profesión médica, sino simplemente de una semisocialización, para lo cual seguramente se tomará bajo contrato a un determinado número de médicos, dejándoles el libre ejercicio de la profesión, como lo ha dicho muy claramente el señor Presidente en uno de sus mensajes, y respetando el otro, el de la libre elección del médico por el enfermo, factor psicológico trascendente en materia de asistencia oficial.

La semisocialización de la medicina, como la entiende el Excmo. Señor Presidente de la Nación, es un sistema argentino, porque en otros países se ha aplicado la socialización completa con un criterio absolutista y se ha fracasado. El sistema que propugna el P. E. es mixto, entre la socialización total y el ejercicio liberal de la profesión. Lo que se persigue con el sistema argentino es, determinar una redistribución de los médicos hacia las zonas más necesitadas y, naturalmente, pagando bien a los profesionales.

No se puede mandar a los médicos a regiones inhospitalarias y pobres, en donde la mayor parte de la población no puede pagar asistencia libremente convenida sin que el Estado contribuya a compensar, mediante un subsidio adecuado, las deficiencias o el déficit económico de la población. Está comprobado que la concentración de los médicos en las grandes zonas urbanas, sobre todo en la Capital Federal, obedece a un fenómeno económico ya que, existiendo en esta ciudad gran cantidad de personas o de habitantes, con un «standard» económico superior, los médicos tienen mayores posibilidades de trabajo. En cambio, en las zonas alejadas,la incapacidad financiera de esa población aumenta en proporción directa a la distancia y a ella es que va dirigido el nuevo régimen, que ofrece la gran ventaja de determinar una redistribución de los profesionales, concentrándolos en los lugares más necesarios, mediante la ayuda directa del Estado y compensar de esta manera

la incapacidad económica de las poblaciones respectivas. Si se organiza así la profesión médica, llegaremos al desiderátum, al ideal que consiste en no tener enfermos sin médicos, ni médicos sin enfermos, como ocurre actualmente para vergüenza de la profesión médica.

En los detalles del Plan Quinquenal (ver capítulo pertinente) se estudian los conceptos médico-sociales que fundamentan la forma semi-socializada de la asistencia médica de las clases no pudientes. Para preparar el proyecto se tienen en cuenta los antecedentes sociales, legales y jurídicos que han llevado en otros países a la organización de la medicina colectiva. La estructuración colectivista de la asistencia médica se inicia con las primeras mutualidades, y en este sentido, podríamos remontarnos a la Edad Media, cuando las organizaciones gremiales d etipos de gildas, brindaban asistencia completa de sus asociados. Estos sistemas de organización tomaron gran impulso en los países del Norte de Europa, especialmente en Alemania e Inglaterra, sobre todo en Alemania. La reforma de Lutero sustituyó los conceptos de la caridad y de la limosna como base de la asistencia médica para introducir el concepto de la previsión.

Cuando Bismark, en el año 1881, manda al Parlamento la primera ley de Seguro Social, sancionada y puesta en vigencia dos años después, se fijaron los dos objetivos esenciales del seguro, es decir, la enfermedad y la invalidez. El sistema de asistencia del seguro social de Bismark encontró, como base para su realización, los miles de mutualidades de todo orden y, especialmente, gremiales, que estaban organizadas en aquel país desde la Edad Media. El Seguro de Enfermedad se estructuró sobre las mutualidades existentes, y de allí que las cajas alemanas se dividen en Cajas Gremiales, Caja de Distrito, Caja de Empresa, etc.

El gran impulso que tomó en Alemania el Seguro Social, en materia de enfermedades, sirvió de ejemplo a otros países. Cuando la humanidad despertó de la guerra de 1918, una tras otra, todas las naciones fueron adoptando estos sistemas colectivos de asistencia médica y social. La organización de la asistencia médica por medio del Seguro de Enfermedad puede extender sus beneficios sólo a un 70 % de las clases no pudientes, vale decir, a aquellas que viven de un sueldo o salario. Queda siempre de un 30 a un 40 % de gente incapacitada para ahorrar, que tiene tareas de tipo libre, sin patrón, por lo cual no entran en los sistemas de previsión, y entran sí en los sistemas de asistencia a cargo del Estado.

En nuestro país aun no ha madurado la idea de la asistencia médica por el Seguro de Enfermedad, exceptuando la organización de los ferroviarios que es del tipo de seguro de enfermedad

integral, y con lo cual están realizando una experiencia que después podrá aplicarse y extenderse a toda la masa laboriosa argentina. Debemos hacer una diferencia entre lo que se llama **Seguro de Enfermedad** en todos los países y lo que se llama **Seguro de Salud**, en Inglaterra. Ambas expresiones son equivalentes a pesar de su distinta forma, si nos atenemos al tipo de prestación de enfermedad que realiza el imperio ingles. En rigor de verdad, el único Seguro de Salud que existe es el que podríamos llamar Seguro de Profilaxis o Seguro de Medicina preventiva, concretado en nuestro país en el Decreto Ley de Medicina Preventiva y Curativa del 14 de noviembre de 1944.

Una vez sedimentadas las obras de asistencia que se proyectan, y desarrolladas en toda su extensión las Cajas de Previsión Social destinadas a amparar la vejez, la invalidez prematura, la orfandad, la viudez, habrá que abordar seriamente el seguro asistencial de la enfermedad en sus dos formas: a) la preventiva o profiláctica y b) la curativa. Es el aspecto más trascendente de la organización sanitaria de nuestro país y tendrá que resolverse en los próximos cinco años. Lo complejo de esa organización y la maquinaria médica que habrá que montar es extraordinaria. Su solo planeamiento nos revelaría cifras fantásticas, muy superiores al programa asistencial que ,por vía del derecho de asistencia, se planea en esta parte del Plan Quinquenal sanitario.

Hasta tanto no se organice la asistencia médica sobre la base de la Previsión Social, es decir, del Seguro Social, se impone ya ir planeando las unidades sanitarias destinadas a la asistencia abierta de toda la población, especialmente de la diseminada en los medios rurales del interior del país. Ese planeamiento de tipo celular y asistencial va a exigir un esfuerzo de organización extraordinario. Nunca será obra inútil, porque aun dictada la Ley del Seguro de Enfermedad, siempre quedará un 40 % de la población obrera que necesitará ser atendida directamente y a cargo del Estado en razón de no exigir régimen de previsión posible para ellos. Si nuestro país evoluciona hacia el plan de EE. UU. iniciado en 1935, con la ley de Seguridad Social, vale decir, a un sistema en el cual se asocian la asistencia por el Estado y la previsión, tendremos que, el concepto de la semi-socialización de la medicina en nuestro país será realizado de una manera inteligente; porque se habrán pasado por alto las diferencias artificiales que se levantan entre la previsión y la asistencia a cargo del Estado, diferencia fundada nada más que en la forma cómo es financiada una y otra. La primera, o sea la previsión, por medio del ahorro popular representada en los aportes; la segunda, la asistencia, por medio del llamado Fondo Nacional de Salud Pública y por los fondos perdidos en los presupuestos, provinciales o municipales.

El planeamiento asistencial que se adelanta en este plan sanitario es al solo efecto de atender las necesidades más inmediatas de la gente más pobre del país, especialmente aquellas que están alejadas de los centros poblados, y en localidades donde no hay médicos en muchos kilómetros, porque la pobreza impide la subsistencia de profesionales que ejerzan libremente la profesión.

B) SEGUNDA PARTE DEL ARTICULO PRIMERO

Se refiere a la organización, construcción y planificación de los institutos de la Secretaría de Salud Pública. El número de institutos proyectados llega a 28, que se distribuyen en la Capital, en las provincias y en los territorios.

No entraremos en los detalles que se dejan para los capítulos pertinentes ni en los obejtivos de cada uno de estos institutos, que existen en casi todas partes del mundo. Sin embargo, aquí carecemos de ellos. No solamente carecemos, sino que ni siquiera se había pensado en las posibilidades de construirlos alguna vez. Se trata de problemas cuyas soluciones no fueron, ni siquiera planteadas en nuestro país.

El Instituto que lleva el número 1, es el de Higiene Pública. En el Brasil existe, no un instituto, sino una verdadera Facultad de Higiene Pública. Si este Instituto se construye y presta los servicios que debe prestar, el país tendrá, de inmediato, un extraordinario progreso sanitario. Diríamos más, diríamos que, si se hace solamente este solo Instituto y quedaran sin cumplirse los otros planificados, bastaría él solo para consagrar una obra de gobierno trascendente para la salud pública de la Nación.

Inciso 1.° (Artículo 1.° II parte)

Con el Instituto de Higiene Pública, sea una facultad o sea un instituto (criterio de instituto implica investigación más que de enseñanza), se podrá abordar, por primera vez en el país, el estudio de los problemas sanitarios del pueblo tomando colectivamente, los problemas del urbanismo, el de las ciudades, el de la organización y ubicación de los establecimientos públicos, el de la distribución y la higiene de los mercados y las ferias, de los cementerios, la iluminación de las calles, el cuidado de los lugares públicos desde el punto de vista de la higiene, la higiene de las construcciones, se tendrá una dirección regional en la fundación de los nuevos pueblos, para que éstos se construyan y se desarrollen en el futuro, de acuerdo a las normas más elementales de la ciencia, tendremos el saneamiento rural de nuestras poblaciones del interior, el control del abastecimiento de la población con un criterio unitario, habría un sistema de vivienda regional, la vi-

vienda obrera estaría estudiada desde el punto de vista médico social, el problema del vestido tendría ya un planteo justo y todo aquello que se vincule a la vida misma de la colectividad considerada como un ser que consume y que elimina desechos, llámese aguas servidas, basuras, aire impuro, gases tóxicos, etc. Esta impresionante densidad de problemas jamás ha sido abordada en nuestro país en una forma integral como lo podrá considerar por primera vez el Instituto de Higiene Pública que creamos por la Ley de Construcciones Sanitarias.

El Instituto de Higiene Pública tendría a su cargo la tarea de imponer la vivienda higiénica y luchar contra la vivienda insalubre, que conduce a la desvalorización psicofísica del hombre. Cuidaría de la vida del hombre, como ciudadano o como campesino, luchando contra el conventillo, vigilando la salubridad de los edificios y de las viviendas, aun de las más humildes. Serían visados por el Instituto a fin de que se construyan de acuerdo a los preceptos de la higiene, tanto en lo exterior, como en los interiores, y aseguren un funcionamiento salubre de los mismos (confort higiénico). Las ciudades futuras deben planificarse con criterio sanitario y estético y no dejar su crecimiento librado al azar, la zonificación urbana será una conquista real, lo mismo que la inspección urbano-sanitaria. El campo recibirá las ventajas sanitarias de la ciudad, y éstas no influirán en la salud de sus moradores con sus progresos que son armas de doble filo, que proporciona la civilización, pues en otras cosas, así dichas de paso, el progreso plantea la lucha contra el hacinamiento edilicio y los ataques contra la salud derivados de la concentración de industrias, lucha que estará en manos del Instituto de Higiene Pública.

La creación de los Institutos de Higiene Pública ha sido abordada de dos maneras distintas: por una parte, aquellos destinados a tareas universitarias; por otra, los destinados a tareas de gobierno y de administración sanitaria. Importa señalar el distinto alcance de uno y otro en la materia.

El Instituto de Higiene de una Universidad tiene como objeto principal la formación profesional de los médicos y, al mismo tiempo, de los especializados en la materia, vale decir, los médicos higienistas. El objeto de la Universidad es la Cátedra y el desarrollo de la doctrina médica, y a ese efecto, el valor intelectual que tiene en la vida de un país es tan grande que la Sociedad de las Naciones en el año 1932, reunió a los higienistas del mundo a los fines del planeamiento técnico sanitario de los países integrantes de la misma. La tarea universitaria no sale pues del campo puramente doctrinario.

Un Instituto de Higiene Pública dependiente de la autoridad sanitaria nacional tiene lo que en esencia se llama una tarea de orden administrativo, y de allí que en los tratados que se encar-

gan de esta materia se llaman de Higiene Administrativa. Estos Institutos, a diferencia de los universitarios, tienen que ver directamente con la realidad más que con la doctrina, y tienden a conseguir una exacta aplicación de las leyes o ampliar las reglamentaciones existentes, más que a crear los cuerpos de ciencia académica que en general, son del resorte de los institutos de tipo universitario.

Se podrá decir en virtud de la extensión de las palabras, que todo organismo de sanidad es un Instituto de Higiene y en ese sentido, criticar la concepción del Instituto de Higiene Pública; pero establecidos sus objetivos y propósitos, cualquier discusión resultará superflua. La ciencia sanitaria ha sido elaborada en la práctica de todos los días, y si ha faltado alguna vez el funcionario, o los funcionarios, con una visión amplia y filosófica, capaz de superar a la práctica misma, la tarea sanitaria se pierde en el estudio de los expedientes, y al final convierte a sus elementos intelectuales en simples burócratas, en hombres poco ágiles en el pensamiento y en la acción.

No es del caso entrar a un análisis de los factores que gravitan para que un funcionario de carrera se convierta en un ente pasivo de la administración y se aleje de la doctrina médica que debe aplicar todos los días. La explicación más simple es que, en un sistema jerárquico cerrado, el exceso de iniciativa casi siempre molesta al superior, con lo cual la rutina se impone resultando más cómodo retraerse y aislarse.

Se necesita crear una organización paralela a la de tipo administrativo que tenga la jerarquía de una Universidad: vale decir, con hombres capaces de pensar en los problemas, sin que tengan que entrar en los detalles técnicos de su solución práctica. El hombre que cumple la tarea, estudiando expedientes, se forma la mentalidad del buey de nuestras pampas que aprende a ir siempre por el surco ya trazado. El hombre destinado a elaborar la teoría suele aislarse de los problemas inmediatos y vive la vida del pensamiento más que la vida de la acción. El desiderátum está en la creación de organismos bivalentes que sean una verdadera simbiosis: por un lado, el pensamiento, por otro, la acción. Es muy difícil encontrar en una misma persona las dos capacidades.

Siempre se ha señalado en Europa que el progreso de las viejas instituciones inglesas obedeció a esta dualidad. Los términos en aquel país se reducían a estos dos elementos: administración y política. Las organizaciones inglesas, sobre todo las de orden municipal, supieron diferenciar inicialmente esos dos aspectos de la acción pública, tanto en el orden común, como en el orden sanitario. Todo municipio inglés nombra un cierto número de concejales: una cantidad de ellos pasa a integrar las bancas del Consejo de la ciudad y se llama el «City Conciliator»; otro conjunto

toma las tareas ejecutivas de la administración y forma los llamados «Alderman». El «Alderman» dirige tareas técnicas, aun no siendo técnico, pero coloca el acento político a los informes técnicos que prepara la administración. Con este régimen se concilian los dos elementos integrantes del progreso: por un lado, el hombre de gobierno que busca nuevas vías al progreso y conoce las posibilidades políticas; de otro lado, el hombre administrativo, técnico, que planea los detalles de la ejecución de acuerdo a las directivas recibidas.

Esta colaboración entre teorizadores y prácticos, se aplicó en todos los ramos de la administración pública en los países de la Europa antes de la guerra de 1938. Los Consejos de Higiene de la vieja Francia, de Bélgica, e incluso el Consejo de Higiene que la ley creó en 1891 en el Departamento Nacional de Higiene de nuestro país, tenían esa función intelectual, de acuerdo a los tiempos en que se vivía. Quería evitarse que la burocracia fuera una rémora al progreso.

En nuestros días esa tarea intelectual y de investigación debe ser cumplida por un Instituto de Higiene Pública. No hay problema de la salud colectiva que un Instituto de esta naturaleza no pueda abordar. Enumerarlos sería ennumerar casi todos los problemas de la higiene. He aquí algunos: 1.º) El estudio de los salarios familiares, de los aspectos médicos y sociales de las Cajas de Compensación, tal cual tienen Francia, Bélgica, y otros países; a través de esta organización se provee la asistencia a la madre, al hijo y a la familia. 2.º) El estudio del problema de la población, en los aspectos que corresponden a la desnatalidad, al control de los nacimientos, y a las medidas sociales destinados a anular esos efectos. 3.º) En materia de urbanismo, ya lo dijimos, corresponde formular los planes de extensión de las ciudades, en lo referente a la salud pública, sobre todo, con el planeamiento de los espacios abiertos, la zonificación de las ciudades diferenciando los barrios industriales de los barrios residenciales. 4.º) En el orden de la vivienda, le corresponde la tarea enorme de adaptar ésta a los distintos lugares del país, y señalar los sistemas que armonicen la economía con la higiene. En especial, la vivienda obrera plantea el gran problema médico que le corresponde abordar a un Instituto de esta naturaleza. 5.º) Cae bajo las directivas de esta organización el estudio de las obras sanitarias de la Nación en todo lo relativo al aprovisionamiento de agua potable, eliminación de desechos, basuras, cementerios, etc. La organización de un Instituto de Higiene tendría, además, otra finalidad, que sería la docente, a fin de preparar hombres capaces y prácticos en los problemas de la sanidad nacional. Esta tarea en nuestros días no puede ser dejada como materia universitaria únicamente, pues basta que el director de un Instituto Universitario fracase o se cierre al progreso, para

que el país se retrase 20 años. La solución a los más grandes problemas sanitarios de nuestro país, tales son la Medicina Preventiva y la profilaxis de las enfermedades crónicas, no procede de los laboratorios universitarios, sino de otro tipo de organismos del Estado.

Inciso 2.° (Artículo 1.° - II parte)

Instituto de Higiene Industrial y Medicina del Trabajo: No necesita mayores explicaciones, porque todas las explicaciones de orden técnico huelgan en esta materia. Todo el mundo aprecia la necesidad de que la clase trabajádora sea debidamente cuidada en su trabajo, y que los industriales sepan cómo deben construir una fábrica para que ésta no sea un recinto de mortalidad, sino para que el trabajo se desarrolle en condiciones de salubridad indispensables. Es necesario mantener la vigilancia sanitaria de las fábricas que son miles en nuestro país y, sin embargo, escapan prácticamente a todo control técnico-sanitario. La clase trabajadora, el pueblo, del cual ha surgido este gobierno, tiene conciencia de este problema y exige que sea abordado, pues desea que su salud esté continuamente vigilada por ojos expertos, por cerebros atentos y por espíritus generosos. Actualmente, sólo existe una organización rudimentaria. El estudio técnico de una fábrica y de un trabajo es sumamente difícil y requiere laboratorios de que carecemos. A suplir ésta deficiencia tiende el Instituto de Higiene y Medicina del Trabajo. Este Instituto tendrá, pues, a su cargo, el estudio y la solución de los problemas médicos del trabajo, garantizando la salubridad de los locales y ambientes fabriles, asistiendo los accidentes de trabajo y estableciendo la profilaxis de los mismos. Además, deberá extender su acción para controlar la higiene individual, física y mental del trabajador por medio de campañas de educación sanitaria, de exámenes periódicos, del Servicio Social y del estudio de la morbilidad profesional.

No podemos decir que el país inicia una era industrial, sino que ya hemos alcanzado un alto grado de desarrollo industrial. No es nuestro objeto fundar con estadísticas esta afirmación, pero debemos concretar algunas referencias para propiciar las funciones médicas industriales para las que debe prepararse el país, ya que no tendría objeto crear técnicos en materias que no tengan aplicación. Es evidente que se impone la creación de un Instituto para el estudio de la Medicina Industrial por el solo hecho de haber alcanzado el grado de desarrollo técnico que hoy contamos, y sobre todo, porque la industrialización del país progresa en forma acelerada y tiende a independizarse del tutelaje extranjero.

Sería largo hacer la historia de estos institutos, arrancándola desde que el padre de la medicina industrial, Bernardino Ramazzini, la inicia en su libro «La enfermedad de los Artesanos», publicada en el año 1700. Impresiona pensar que hace 250 años, un profesor universitario abordaba de una manera tan técnica las enfermedades profesionales, describiendo 60 tipos de oficios diferentes, en los cuales la forma de trabajo era causa etiológica de una enfermedad. El tiempo no ha hecho otra cosa que confirmar y ampliar la obra de Ramazzini. El capítulo de las enfermedades profesionales, sobre todo el saturnismo, el fosforismo, etc., tomó a través de los tiempos, una importancia especial hasta lo que podríamos llamar la era de la legislación social, en este siglo, en que las enfermedades profesionales van siendo, poco a poco, eliminadas del cuadro médico, para dar lugar a las llamadas enfermedades del trabajo. En la enfermedad del trabajo tiene más importancia el ambiente de trabajo, que el tipo de trabajo que se realiza. Para que haya saturnismos o fosforismo, vale decir, enfermedades profesionales, se necesita que el obrero trabaje plomo o fósforo. Para que haya un reumatismo industrial, que es una enfermedad del trabajo, basta con que el obrero se desempeñe en un medio higiénicamente no adecuado no dependiendo su aparición de un tipo de trabajo especial.

Las distintas cátedras de higiene de todas las universidades del mundo han agregado poco a poco nuevos capítulos sobre la medicina industrial y la enfermedades profesionales. No hay tratados especializados en la materia que no detallen cronológicamente, la amplitud que estos estudios tienen en el mundo médico.

Omitiremos el estudio histórico para referirnos directamente a las organizaciones más importante instaladas hoy en el mundo para el estudio de la higiene y medicina del trabajo..

La gran escuela alemana de medicina industrial, la inicia E. Atzler, docente en 1921 en la Universidad de Greifswald, que inició sus estudios de fisiología del trabajo con Rulner, en el Instituto Kaiser-Wilhelm de Berlín y que dirigía entonces el Instituto de Fisiología del trabajo de Dortmund. En esa misma época, L. Teleky, creaba en Dusseldorf un curso de perfeccionamiento sobre enfermedades e higiene del trabajo, para médicos, que se hizo extensivo en los años 1925 y 1932 para médicos extranjeros. Cabe señalar también al profesor W. E. Baader, docente de medicina profesional, a quien en 1933 se le entrega la dirección del Instituto de Enfermedades Profesionales de la Universidad de Berlín.

En EE. UU., la acción universitaria se inicia en 1917 en la escuela médica de la Universidad de Yale, la cual funda un curso de Especialización en Higiene Industrial. En 1918 es la Universidad de Harvard, la que crea el diploma de «Higiene del

Trabajo». Al mismo tiempo, el Instituto de Higiene de la Universidad John Hopkins, bajo la iniciativa de W. H. Welsch, implanta la enseñanza industrial como materia universitaria; y en 1919, la Escuela Médica de la Universidad de Cincinnati hace lo mismo.

Como Clínica del Trabajo especializada, cabe señalar la fundación hecha en el año 1910 por la Ciudad de Milán, destinada exclusivamente a la consulta de enfermos de afecciones profesionales, la cual se especializó con laboratorio, biblioteca, museo e hizo una enseñanza médico especial, así como propaganda higiénica en la materia, publicaciones, encuestas, etc. Podemos decir que ha constituído un centro de gran importancia en la patología y la higiene profesional para Italia. Una segunda clínica del trabajo fué fundada en Nápoles en el año 1919 y clínicas iguales lo fueron después de 1930 en Roma, Génova, Turín, etc.

Como fundación de investigación importante cabe señalar también el Centro de Investigaciones Médicas del Comité de Municiones de Inglaterra, que ya en plena guerra de 1914-18 inicia la publicación de una serie de monografías fundamentales sobre todos los aspectos vinculados a la patología del trabajo. De esta escuela derivan los estudios de catatermometría que modificaron fundamentalmente los conceptos de la ventilación en los medios de trabajo y que tanta influencia han tenido después en la construcción de viviendas, edificios públicos, reglamentación de los lugares de estar, de trabajo, e impuso nuevos conceptos médicos en relación a la terapéutica de la cura de aire en la tuberculosis, etcétera.

No hay un solo país europeo que no cuente con un Instituto de Higiene Industrial y con médicos especializados de nombradía internacional, con una cátedra universitaria, o con una clínica o internado, dedicados especialmente a investigaciones en materia de patología del trabajo. El Japón creó en el año 1921 un Instituto destinado a investigar todo lo que se refiere a patología del trabajo, comprendiendo 5 (cinco) secciones: fisiología del trabajo; psicología del trabajo; biometría; nutrición; higiene social. Anualmente dicho instituto publicaba un libro con las conclusiones del Instituto sobre la materia.

Cabe también señalar, como un aporte de enorme importancia, la obra realizada en Rusia por diversos institutos, señalando a Ermansky como la persona que mejor representa la era de medicina industrial y del trabajo en la República de los Soviets.

Nuestro país debe contar con un organismo de gran vuelo científico, destinado al estudio de estos mismos problemas. No sería posible entrar a un detalle minucioso de todos los aspectos de la obra que un organismo de esta clase puede cumplir, pero

podríamos señalar a la opinión pública, los hechos fundamentales, en los siguientes acápites: 1.° — El desarrollo industrial en la Argentina. 2.° — El factor humano en la industria: Taylorismo y racionalización; el factor ambiental en la industria; la fatiga industrial; el servicio médico en la industria; el servicio social en la industria; límites de la política social. 3.° — Las Escuelas de Enfermeras Industriales. 4.° — Estudios técnicos especiales. 5.° — Formación de los Inspectores del Trabajo. 6.° — Museo de Higiene del Trabajo. 7.° — Programas de trabajo.

1.°) El desarrollo industrial argentino. — Para comprender las necesidades médicas dentro de la patología del trabajo es conveniente estudiar las características del desarrollo industrial de nuestro país. Está demás decir que la mayoría de los establecimientos se agrupa en la Capital Federal y disminuye a medida que nos dirigimos hacia el interior. La región del litoral argentino, es decir, la Capital Federal y las provincias de Buenos Aires, Santa Fe, Entre Ríos y Corrientes tiene la supremacía industrial y si fijamos la cifra N.° 100 para todo el país, veremos que dentro del litoral argentino se agrupa el 76 % de los establecimientos; como personal ocupado de empleados y obreros el 83 %; como fuerza motriz instalada al 82 %; en sueldos y salarios pagados el 85 %: vale decir, que más de 8 décimos de la producción industrial argentina se encuentra en el litoral de la República. A la Capital Federal, en relación con la República entera, le corresponde entre 1/3 y 2/5 del desarrollo industrial total, siguiéndole en orden de importancia los establecimientos existentes en la provincia de Buenos Aires.

Quiere decir que, por ahora, cuando se hable de Higiene y Medicina Industrial habrá que dirigir la vista hacia el conglomerado bonaerense donde se resume la mayor actividad económica industrial del país.

La clasificación del número de establecimientos y de obreros, para establecer la cantidad de obreros por establecimientos, demuestra que el 55,8% de los establecimientos industriales de la República tiene menos de 5 obreros; sin personal obrero el 17,1% y con 6 a 10 obreros el 11,9%. Quiere decir que el 84,8% de los establecimientos industriales de la República cuenta con menos de 10 obreros, lo cual evidencia la poca importancia de los mismos. Para planear un trabajo médico-social en una industria, se necesita que ella tenga por lo menos 100 obreros. Recién puede advertirse y apreciarse la obra médico-social con más de 500 obreros. El número de establecimientos con más de 500 obreros representa el 0,2 % aunque debe señalarse que este pequeño número de establecimientos tiene el 21,3 % del total de los obreros de la República. En otras palabras, si se desarrolla una acción

médico-industrial en establecimientos superiores a 500 obreros, la acción sólo alcanzaría a la quinta parte de las industrias del país. Si la obra de la medicina industrial puede extenderse a establecimientos hasta con 100 obreros los beneficios de la acción médico-industrial llegaría al 47,4 del total de los obreros de nuestra República.

Si tomamos el promedio de obreros ocupados en establecimientos industriales según las distintas substancias que manipulan, veremos que la mayor proporción de obreros por industria la ofrecen las fábricas de petróleo, carbón y sus derivados; siguen a éstas los yacimientos, canteras y minas; luego las fábricas de caucho y sus manufacturas; después las fábricas de papel, cartón y sus artefactos; a continuación las empresas de construcción; las industrias textiles y sus manufacturas; etc.

Como vemos, las primeras industrias corresponden a establecimientos situados fuera de los centros urbanos y en los cuales cabe una acción médico-social integral, tal cual la realiza en nuestro país, en Salta, la Cía. Norteamericana de Petróleo y en la Patagonia, Yacimientos Petrolíferos Fiscales.

Importa señalar que del total de 52.317 dueños de industria 23.405 son argentinos y 28.912 extranjeros, hecho de singular importancia para que se pueda entender la acción social como obligación cívica y de solidaridad nacional, pues es más lógico que los propietarios extranjeros tengan un sentido más utilitario de su tarea que los propietarios argentinos.

El país va en camino de una franca industrialización. Una comparación entre los censos del año 1914 y 1935 prueba que el número de establecimientos industriales ha crecido en un 10,3 %; en cambio, el personal se ha cuadruplicado, pues aumentó en un 41,9 %: Este hecho tiene una importancia económica trascendental, pues en un momento en que la mecanización en las tareas rurales ha reducido la necesidad de mano de obra, se produce un éxodo de obreros hacia las ciudades que felizmente han podido absorber esta masa de obreros, en razón del crecimiento industrial urbano.

Mientras el país creció entre esos años en un 57 %, la materia prima elaborada creció en valores de un 81,6 % y los productos elaborados en un 79,1 %. Estamos, pues, frente a un movimiento de trascendencia el cual plantea problemas nuevos a la higiene ya que las fábricas se van convirtiendo cada vez más en centros posibles de acción médico-social.

El crecimiento de nuestras industrias no se ha hecho de una manera igual para los distintos tipos de manufacturas. Entre los años 1914 y 1935 la industria del caucho y sus manufacturas aumentó en un 2.000 %; la de petróleo y de carbón y sus derivados en 1.655 %; sigue en importancia con el 211 % lo que se refiere

a maquinarias y vehículos; con 195 % las empresas de construcción; con 134 % lo que se refiere a papel, cartón y sus artefactos; y con 123 % lo que se refiere a imprenta publicaciones y análogos. Las demás industrias han prosperado también, pero no en la importancia de las citadas, lo cual permite, desde ya, prever hacia cuáles tipos de trabajos y de substancias se va orientando la producción de nuestro país.

La industria nacional tenía el 31 de octubre de 1935, 472.000 obreros y 54.000 empleados. En diez años, esas cifras se han duplicado.

En 1935, del total de obreros empleados en la República, la mayor parte o sea, 108.000 se dedican a industrias que manipulan substancias alimenticias, bebidas y tabaco; le siguen en importancia con 77.600 obreros de las industrias textiles y sus manufacturas; luego 46.700 obreros del rubro de maquinarias y vehículos; siguen 39.000 obreros metalúrgicos y sus manufacturas; empresas de contrucción con 31.500 obreros; productos forestales y sus manufacturas 31.000 obreros; imprenta y publicaciones análogas con 20.000; cuero y sus manufacturas 18.000; piedra, tierra, vidrio y cerámica 17.000; etc. *La Higiene Industrial en nuestro país tendrá que dedicarse, especialmente, al estudio de la patología de estas industrias que son nuestras por excelencia, aunque sin descuidar aquellas que emplean substancias tóxicas, tales como las fábricas de productos químicos, pintura, etc., que tenían 12.600 obreros en 1935.*

Refiriéndonos siempre al Censo Industrial de 1935, diremos que, dentro de los establecimientos relacionados con las substancias alimenticias, bebidas y tabacos —que ocupan 108.000 obreros— se vinculan a la industria de la carne y su elaboración, 23.200 obreros o sea más de la quinta parte. La industria del pan y otros artículos elaborados en panaderías ocupan 23.800 obreros; la industria de la manteca, la crema, y quesos ocupa 5.400 obreros; el chocolate y sus productos, caramelos etc., 4.300 obreros; el azúcar, 4.100 obreros; la yerba mate, molienda y fraccionamiento 2.500 obreros; la elaboración de vinos 5.600; la cerveza 3.500; las aguas gaseosas y bebidas sin alcohol 3.400; los tabacos y cigarrillos 8.400, etc. Vale decir, que de ese total de 108.000 obreros empleados dentro de este rubro, casi la mitad o sea 50.000 están empleados en las tareas relacionadas con la carne y el pan, siguiéndoles en importancia el tabaco, los vinos y la cerveza. Estas cifras nos dicen cuáles son las industrias que merecen un estudio médico en forma preferente.

A la industria de textiles y sus manufacturas, que ocupa 77.600 obreros, les corresponde un mismo tipo de patología de trabajo que merece una discriminación especial.

Las industrias forestales y sus manufacturas ocupan en nuestro país 31.000 obreros. La mayor proporción de éstos se ocupan en maderas, extracción y corte, incluyendo algunas formas de aserrado en obrajes; sigue en importancia con 6.500 obreros la industria del mueble; cajones para envase y embalaje con 3.500 obreros; la preparación de carbón vegetal con 2.000. La patología profesional, dentro de este grupo, corresponde especialmente a los accidentes de trabajo, pues, las intoxicaciones son excepcionales.

La industria del papel, cartón y sus artefactos tiene en nuestro país, desde el punto de vista de la cantidad de obreros, muy poca importancia, pues éstos alcanzan a 6.843. Las industrias comprendidas dentro de imprentas, publicaciones y análogos reúne un total de 20.000 obreros, de los cuales 13.000 corresponden a imprenta, incluso litografía y talleres de encuadernación; este grupo tiene importancia médica por las intoxicaciones profesionales y merece tener una atención especial.

El grupo correspondiente a substancias y productos químicos y farmacéuticos, aceites y tinturas reúne también un total de 12.644 obreros, correspondiendo buena parte de ellos a tareas en las cuales pueden producirse intoxicaciones profesionales.

El cuero y sus manufacturas reúnen un total de 18.000 obreros de los cuales 11.800 se dedican, especialmente, al calzado. Es este un conjunto que tiene también una patología especial.

Importante es también el grupo de trabajadores de la piedra, tierra, vidrio y cerámicas que ocupa más de 17.000 obreros, de los cuales 2.000 se dedican a cemento, cal y diversos minerales y piedras, y otras preparaciones; 3.600 a ladrillos de máquinas; otros 3.600 a ladrillos producidos en hornos y polvo de ladrillos; 4.600 a vidrios y cristalerías en diversas formas. Es este un grupo que tiene, desde el punto de vista de la patología profesional, una importancia destacada sobre todo en lo relacionado con las neumoconiosis.

La industrias correspondientes a metales y sus manufacturas, exclusive las maquinarias, ocupan un total de 39.000 obreros, teniendo importancia médica las tareas vinculadas a cromolitografía sobre metales, galvanización, fundición de plomo y otros minerales, etc.

El grupo correspondiente a maquinarias y vehículos ocupa en el país 46.700 obreros, 18.400 están empleados en los talleres de ferrocarriles y 10.000 en talleres mecánicos para automóviles y fabricación de repuestos, no teniendo todo este conjunto una verdadera enfermedad profesional, sino enfermedades del trabajo relacionadas con los distintos tipos de ocupaciones.

Las empresas de construcción constituyen una industria nacional por excelencia y ocupan 31.500 obreros, de los cuales 17.600 están ocupados en la construcción de edificios y reparación de los mismos. La patología profesional de este grupo está relacionada con el reumatismo y los trabajos al aire libre, especialmente las afecciones crónicas del aparato respiratorio.

Queda, por fin, el grupo correspondiente a yacimientos, canteras y minas que ocupa un total de 12.000 obreros, el cual tiene, desde el punto de vista médico-social, problemas relacionados con el medio ambiental del trabajo.

Tenemos, así, bien discriminada la importancia de la industria en nuestro país, y con ello conseguimos también establecer cuáles deben ser las preocupaciones de la medicina industrial. No olvidemos, además, que las cifras referidas son del año 1935 y que en la actualidad, año 1947, esas cifras están duplicadas.

Según el Censo Industrial de 1935, del total de 462.000 obreros ocupados en el país, 370.000 son varones mayores de 18 años, y 77.000 mujeres mayores de 18 años; los varones menores son 17.800 y las mujeres 7.000. Hoy las mujeres ocupadas permanentemente en las industrias suman alrededor de 250.000 y llegan a más de 400.000 las fichadas en el Seguro de Maternidad. La población obrera industrial argentina se calculó en 1942 en 1.200.000 personas.

Sobre un total de 54.300 empleados de industrias, 49.000 son varones mayores de 18 años y 4.000 son mujeres mayores de 18 años; lo demás corresponde a menores.

Todo establecimiento que tenga más de 100 obreros puede contar con un médico para una breve atención diaria. Existen 414 establecimientos con 100 y 200 obreros. Con 200 y 500 obreros, existen 215 establecimientos en el país; con 500 y 750 obreros hay 40 establecimientos; con 750 y 1.000 obreros hay 17 establecimientos; y hay 36 fábricas con más de 1.000 obreros. Quiere decir que en la República Argentina existen 922 establecimientos industriales que podrían tener servicio médico para asistir a sus obreros, sea en forma parcial o en forma total. Este solo hecho nos pone en la pista de la importancia de la medicina industrial desde el punto de vista del Estado, sin perjuicio de que el día que los patrones adviertan que el médico es también un factor de rendimiento, ellos mismos lo incorporarán a las funciones normales de sus establecimientos.

Relación % del número de Establecimientos y obreros pertenecientes a cada una de las distintas escalas resultantes de la clasificación de aquéllos, según la información numérica de los obreros ocupados.

AÑO 1935

ESCALA	Establecimientos		Obreros	
Por el número de obreros	Número	%	Número	%
Sin personal obrero	6.931	17,1	—	—
Hasta 5 obreros	22.638	55,8	55.373	11,8
De 6 a 10 obreros	4.833	11,9	36.351	7,7
» 11 » 25 »	3.392	8,4	54.894	11,6
» 26 » 50 »	1.316	3,2	46.485	9,9
» 51 » 75 »	507	1,2	31.409	6,7
» 76 » 100 »	265	0,7	23.196	4,9
» 101 » 150 »	274	0,7	33.875	7,2
» 151 » 200 »	140	0,3	24.181	5,1
» 201 » 250 »	72	0,2	15.992	3,4
» 251 » 500 »	143	0,4	49.101	10,4
» 501 » 750 »	40	0,1	24.560	5,2
» 751 » 1000 »	17	0,0	15.025	3,2
Más de 1000 obreros	36	0,1	60.785	12,9
	40.604	100,0	471.227	100,0

2.º) El factor humano en la industria. — a) Taylorismo y Racionalización. Aun cuando la racionalización se discuta en sus resultados, no cabe duda que el hombre viene aplicando sus principios desde que trató de simplificar la técnica. El primer paso hacia la racionalización del trabajo fué dado con la invención de la primera herramienta; del mismo modo el transporte, se racionaliza con la invención de la rueda que suprime la fricción de arrastre, por la fricción de un solo punto, lo cual permite transportar el mismo peso con un esfuerzo cuarenta veces menor.

En el movimiento científico por la racionalización del trabajo se señalan como punto de partida, los trabajos de Taylor, quien creó la llamada «escuela de rendimiento», e incorporó a la producción una serie de normas científicas. Los principios «taylorianos» han continuado en vigencia hasta nuestros días, y son suyos los conceptos de la «standardización», la división del trabajo, la sistematización, la estimulación por medio de salarios especiales, la organización jerárquica de las usinas, la adopción de los servicios industriales, tales como el de personal, el de encuestas, el de enseñanza, el de investigación y control, etc.

No se nos pueden escapar las serias objeciones presentadas al «taylorismo», el cual tomando en cuenta, principalmente los factores mecánicos del rendimiento, dejó de lado el aspecto humano del obrero, porque Taylor desconocía las leyes psicofisiológicas

que rigen el trabajo del hombre, no obstante haber descubierto que, para evitar la fatiga del obrero, el mejor sistema consistía en adoptar la forma rítmica, alternando el esfuerzo con el descanso.

Cuando los hombres dedicados al estudio de la producción, advirtieron la importancia del factor humano en la industria, la racionalización dió un nuevo paso y se transformó el «taylorismo» en la llamada «organización científica de la producción», u, en otros términos en la «humanización industrial».

La última evolución o tercera etapa de la racionalización se produce después de la guerra, especialmente en Alemania. Pasan a primer plano otros factores, los factores económicos, nacionales e internacionales en la organización de la producción. Nacen así los grandes «cartels» que unen empresas similares o empresas disimilares que tegan alguna conexión. Ejemplo: fábricas de tabaco entre sí; ídem de tejidos o eléctricas, con manufacturas de material de tracción, minas de carbón, etc. Estos grandes «cartels» han mejorado las condiciones de producción con refinada técnica pero en cambio han determinado las crisis de superproducción, advertidas en la última depresión económica 1930-1935, y plantean problemas complejos de orden político, social y económico.

No nos corresponde estudiar el aspecto económico de la racionalización aun cuando toca tan de cerca a la estabilidad del obrero y a su felicidad. Es una evolución que supera las fuerzas humanas y se impone con el carácter de un determinismo. Plantea problemas tan complejos como el de la máquina y el de la técnica, su importancia social e histórica, y llega a la política misma, sobretodo cuando la unión de los grandes capitales conduce al Estado a defenderse mediante la *economía dirigida*, tema éste que escapa por completo a esta breve fundamentación de la medicina industrial.

El concepto que importa divulgar en nuestro país es *que el progreso industrial se debe cumplir con todos los adelantos de la Tecnología y de la Medicina Social.* Al Instituto de Higiene Industrial le corresponderá estudiar, entre otros, los problemas que han sido descuidados en la Argentina, tanto por los industriales como por las leyes: la fatiga industrial, la selección profesional del obrero, la enseñanza técnica de los aprendices, la vigilancia de la salud de los obreros, las condiciones higiénicas del ambiente industrial, la buena iluminación, la lucha contra los ruidos, el acondicionamiento del aire en los lugares inadecuados, la lucha contra los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales prevenibles, los salarios sociales, las obras de mancomunidad obrera y patronal, el mutualismo obrero, la cooperación obrera, los centros cívicos industriales, los refectorios industriales, el estímulo a los deportes, la educación sanitaria del personal, la organización de las vacaciones económicas, etc.

Por esta escueta enumeración de asuntos advertimos que hoy la industria tiene una función social que no tenía en otros tiempos cuando su único pensamiento era colocar productivamente los capitales y obtener ganancias.

En nuestro país, los conceptos sociales del industrialismo tardan en imponerse y no son justipreciados en proporción al adelanto económico industrial, cuyo progreso extraordinario hemos señalado. La política de justicia social del gobierno exige una comprensión de estos problemas, pues ellos son las bases del equilibrio social que por propio interés deben contemplar los directores de nuestra producción.

Si el deber de la hora no lo impusiera, hay una razón de dignidad social que obliga, y también una razón de conveniencia, porque se ha demostrado que allí donde la vida humana es amparada en todos sus aspectos, físicos, intelectuales o afectivos, la industria prospera y la producción se acrecienta.

El Instituto de Higiene Industrial podría desarrollar en su seno, dada la necesidad urgente que de ella tiene el país, la *Escuela de Superintendentes de Usina,* como institución destinada al perfeccionamiento de los directores de la industria y que podría cumplir en nuestro país la misma función que cumple en Inglaterra el «Ruskin College» de Oxford, en Alemania la «Academia de Trabajo», de Francfort y en Estados Unidos, las docenas de «Escuelas Tecnológicas» que han preparado el ambiente intelectual para la gran producción.

b) El factor ambiental en la industria. — Son de gran importancia las condiciones sanitarias del medio industrial —por ser éste un factor íntimamente ligado a la producción y al rendimiento—, condiciones cuyos detalles importa precisar, porque las disposiciones legales en la materia se reducen a simples generalizaciones, las cuales permiten, hoy, la existencia de ambientes de trabajo reñidos con las más elementales condiciones de salubridad y confort del obrero.

Dos factores ambientales tienen gran importancia, ellos son, la *ventilación* y la *iluminación* adecuadas.

En materia de ventilación se sabe que las alteraciones químicas del aire pueden impedirse por dispositivos mecánicos especiales, y que la causa del mefitismo, que hace inconfortable un ambiente, obedece a razones físicas y no a razones químicas del aire. De estos factores físicos son los más importantes la *temperatura,* el *estado hidrométrico* y la *movilidad del aire.* Con estos tres elementos, combinados adecuadamente, pueden hacerse confortables todos los sitios de trabajo. Al procedimiento técnico que permite esa combinación se le llama «aire acondicionado», considerado hoy como un confort. No se trata de un lujo, sino de una adquisición de la ciencia impuesta por las nuevas condiciones del trabajo en la industria y de la vida en las ciudades.

En cuanto al factor *iluminación* en la industria, es de tanta importancia para la salud y el rendimiento del obrero, que en Estados Unidos se dice «It pays», vale decir, «se paga» por sí mismo. Es importante por ello no planear ninguna organización industrial sin que intervenga el especialista en luminotécnica, que proveerá el futuro Instituto de Higiene Industrial.

c) LA FATIGA INDUSTRIAL. — El Instituto de Higiene Industrial estudiará las leyes que gobiernan el funcionamiento del organismo humano durante el trabajo, las que rigen el trabajo mecánico, y la fatiga del obrero con todas sus secuelas. En la industria existe lo que se llama una «fatiga indispensable» y otra que es la «fatiga innecesaria». Esta última se origina en las posiciones forzadas, en el sobreesfuerzo y en las condiciones del ambiente fabril. El organismo humano tiende a llenar sus funciones de acuerdo a la ley del menor esfuerzo. Por eso el «entrenamiento», el «automatismo» y el trabajo rítmico tienden a hacer más descansado el trabajo. Señalamos con ello la gravedad del trabajo cumplido en estado de fatiga, pues lleva a la atrofia muscular y al «surmenage». Importa estudiar los llamados «tests» de la fatiga, señalando que en este asunto se debe diferenciar el trabajo a *ritmo voluntario* del trabajo a *ritmo automático*. Para el primer tipo de trabajo, la fatiga puede ser medida de acuerdo al rendimiento, vale decir, tomando la tarea que se produce por intervalos de tiempo y medir su variación. Cuando el ritmo es automático, la fatiga se advierte a través del destrozo de la mano de obra, de la maquinaria o de los accidentes.

La medicina industrial enseña las características de las curvas del rendimiento. Estas adoptan formas geométricas caprichosas, en el trabajo voluntario o consciente, mientras que en el trabajo de ritmo maquinal o automático, la curva es siempre igual por unidad de tiempo, lo que equivale decir, totalmente contraria al ritmo humano consciente. De allí la importancia de fijar en los trabajos continuados o en cadena, el factor tiempo con toda amplitud, para evitar la fatiga.

Otro capítulo es —por ejemplo— el del *cronometraje* impuesto por Taylor y que aun se acepta en nuestros días para fijar los «standards» de producción, criterio que obliga a una severa crítica, pues se deja de lado el factor humano en la fijación de los tiempos. Señalaremos, además, que gran cantidad de los movimientos llamados superfluos tienen una función humana, y que ningún criterio mecánico sería capaz de interpretar, si no a la luz de las leyes fisiológicas.

Todos los estudios de Tecnología Fisiológica deben precisar las reglas fundamentales para evitar la fatiga en el trabajo. Pero, en última instancia, no puede haber una «racionalización», con un sentido social, si se excluye el factor humano como factor económico.

d) El servicio médico en la industria. — La organización científica de la industria incorporó al hombre como un valor productivo al cual había que tener en cuenta. Tres son los principios que valorizan al factor humano, a saber: *la salud,* sin la cual no hay producción; la *inteligencia,* que da el talento para producir; y el *interés,* que da el estímulo para producir. En estas tres condiciones reside la capacidad productiva del obrero, y corresponde al Cuerpo Médico Industrial velar por la primera o sea la salud del obrero.

A este respecto, la historia industrial nos enseña cómo se acreditó la acción médica en las obras de saneamiento para la apertura del *Canal de Panamá* y del *Túnel de San Gotardo,* obras éstas, que hubieron de ser suspendidas varias veces porque la enfermedad y la muerte diezmaban a los obreros. Más adelante, con la legislación sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, la acción médica fué agrandándose día a día hasta llegar a tomar el desarrollo que tiene en algunas industrias del mundo, como la actual de *Ford,* en Detroit, la cual dispone de un hospital de 10 millones de dólares.

Contrasta este hecho con el poco desarrollo que estos servicios han tenido en la Argentina, a punto de ser menos de 20 las empresas industriales que tienen un cuerpo médico montado en forma moderna.

Otro capítulo a cargo del futuro Instituto de Higiene Industrial es el de la *morbilidad, ausentismo* y *mortalidad* en los distintos medios industriales. Muchos obreros son portadores, en latencia, de enfermedades que no han sido tratadas, pero las cuales, minando su salud, disminuyen su capacidad productiva.

La acción del médico en «la selección profesional» evita, por ejemplo, que reumáticos, en latencia, trabajen en sitios fríos o húmedos; débiles, en sitios que demanden esfuerzos; enfermos con várices, pie plano, nefritis, haciendo trabajos en posición de pie, etcétera.

La labor del médico en la industria debe desplegarse dentro de cuatro órdenes de actividades que enumeraremos: el *examen médico periódico* a objeto de advertir el comienzo insidioso de las enfermedades; la *educación sanitaria,* que permita darle a cada obrero una conciencia clara sobre las más fundamentales normas de la vida higiénica; la *profilaxis por el tratamiento* que permita beneficiar con una cura los males causantes de enfermedades latentes y que llevan a procesos crónicos y a la invalidez; la *adaptación y readaptación profesional,* que permita darle a cada obrero el trabajo o sitio técnico que le corresponde, de acuerdo a sus aptitudes o que es capaz de desarrollar, si tiene o está en vías de curación de algún déficit orgánico o funcional.

Dentro de esas normas generales de la acción médica, cabe todo el proceso de defensa de la salud del obrero. Pero, de acuerdo

a los progresos actuales de la medicina industrial, esto no basta, y el médico debe ser, además, un colaborador del industrial, para obtener un mayor rédito del trabajo. A este efecto puede intervenir el médico como un elemento activo de la producción, en el estudio de la fatiga obrera, la iluminación, las buenas condiciones de ventilación, el ritmo en el trabajo, las condiciones ambientales que hagan trabajar con alegría, la lucha contra los accidentes remediables, la organización mutual de los obreros, los refectorios, y, por último, toda la obra del *Servicio Social* de la industria, que tanta importancia tiene para el mayor rendimiento.

Aun cuando, a primera vista, un tal servicio médico puede significar un dispendio para la industria, la experiencia de los mejores industriales dice que por los beneficios que rinde, este servicio se paga por sí mismo.

El Instituto de Higiene Industrial deberá coordinar y dirigir técnicamente los servicios privados de cada fábrica para realizar una acción conjunta.

e) El servicio social en la industria. — El origen del servicio social en la industria, reside en los ensayos optimistas de *Owen* (1830). La idea pasó a Estados Unidos, donde adquirió gran vuelo, en razón de que el factor humano en la industria fué precozmente valorado.

Señalaremos que actualmente las obras del servicio social de la industria van siendo impuestas por ley. Corresponde a dicho *Servicio Social* sustituir el paternalismo de los empresarios por un espíritu fraternal y de cooperación entre los mismos obreros.

De las obras de *Servicio Social* destinadas al desarrollo físico del obrero, destacaremos los comedores industriales, las cooperativas, las mutualidades, la organización de las vacaciones y el problema de la vivienda obrera, etc., pero por razones obvias no entraremos en el examen de las formas de organización de estas verdaderas instituciones.

Aun cuando la idea del *Servicio Social* en la industria surgió de un espíritu generoso y altruista, ella, con el andar del tiempo, ha sido incorporada —por conveniencia— al servicio industrial de países capitalistas, fascistas, comunistas, etc., lo cual demuestra la universalidad y sentido humano y práctico del principio. Hoy son las mismas organizaciones gremiales las que reclaman su implantación. Para el *Servicio Social,* el obrero es, al mismo tiempo que un productor, un consumidor. Toda mejora que se haga en el primero, repercutirá en el segundo, para provecho económico de la sociedad.

Las obras del *Servicio Social* industrial se imponen cada vez más en razón del acortamiento de la jornada. Al disponer de un tiempo libre mayor deben organizarse los ocios del obrero y de su familia de una manera tal que eleven sus aptitudes físicas,

morales y espirituales. Algunos aspectos del *Servicio Social* de la industria han sido ya impuestos por la ley (salas-cunas, vacaciones pagadas, pensiones de ancianos, ayuda familiar, etc.) A este efecto puede señalarse la obra del «dopolavoro» fascista, ídem, hitlerista; los «sokols» de Checoslovaquia, organizados por la Socialdemocracia; ídem de Viena y las organizaciones comunistas de Rusia. El creciente interés de los gremios por estas obras es evidente, pero conviene diferenciar la «recreación simple» destinada a ser un pasatiempo agradable, de la «recreación creadora», la cual tiene un fin útil (horticultura, cunicultura, avicultura, etc.).

Quedan otros capítulos del *Servicio Social* como son las obras de «solidaridad industrial» basadas en la cooperación obrera, particularmente el *mutualismo y la cooperación;* las obras de educación técnica, profesional, artística y las de cultura general. Algunas grandes industrias han creado verdaderas universidades industriales. La tendencia actual es la de crear los *Centros de Trabajo* que armonicen la existencia industrial con el urbanismo, y permita instalar en una comunidad dada los *Centros Cívicos Industriales*, en los que se adopta todo ese conjunto de obras de elevación física, mental y moral del obrero que suman ya, más de un centenar de iniciativas diversas.

Las obras sociales no deben servir a la lucha de clases, sino al contrario, para armonizarlas y hacer olvidar la esclavitud del maquinismo moderno; no es su finalidad formar campeones o virtuosos del arte, sino distraer al hombre común; se le debe enseñar a utilizar mejor su salario y a educar sus fuerzas físicas, espirituales y morales, considerando al cuerpo sano y al espíritu elevado como factores fundamentales del bienestar y de la felicidad humana.

3.º) La Escuela de enfermeras industriales. — Correspondería a un *Instituto de Higiene Industrial y Medicina del Trabajo* crear esta escuela que aun no tiene asiento entre nosotros.

Prescindiendo del aspecto histórico de la incorporación de las enfermeras en la industria, diremos que en nuestros días, tres clases importantes de servicios les corresponden. Las llamadas *mucamas industriales;* las *visitadoras de higiene industrial*, y las llamadas *asistentes de enfermería.*

a) Mucama Industrial: No es precisamente una enfermera, sino más bien una sirvienta industrial, destinada a atender el hogar de la obrera enferma, o la esposa del obrero que se ha enfermado; más que una obra de enfermería realiza una obra de *asistencia social;* no obstante ello, el médico le encarga a la misma algunos cuidados de carácter higiénico con respecto a las enfermas, y en especial, a las mujeres embarazadas.

b) Visiting nurse: Está encargada de funciones sanitarias; es la que lleva el registro sanitario del personal, actúa como

secretaria del cuerpo médico y visita los domicilios a objeto de verificar las condiciones sanitarias de los obreros enfermos y ausentes del trabajo, a los fines de saber, de una manera indubitable, si hay o no una enfermedad infectocontagiosa.

c) Enfermera Asistente: Cumple las mismas funciones que realizan en nuestros hospitales, por cuanto hacen una guardia permanente en el dispensario de la fábrica, a objeto, sobre todo, de atender la primera parte de los primeros auxilios.

d) Preparación técnica: Varios son los aspectos de carácter técnico que la *Enfermera Asistente* debe conocer: *Pequeña cirugía.* Se encarga de problemas de pequeña cirugía, tales como la desinfección de heridas, cuidado de los yesos, etc. Deben realizar también tareas de cuidado médico, embrocaciones en los casos de cervicitis, etc. *Ayudante de fisioterapia*: Suelen tener conocimientos generales en lo relacionado con masajeterapia, mecanoterapia, aplicación de onda corta, etc. En este sentido, son para el médico una ayuda evidente, desde que lo descarga de una cantidad de pequeñas tareas que distraen el tiempo y que el médico tiene poco entusiasmo en realizar. *Despistar el comienzo de las enfermedades*: Sin duda la enfermera hace también de monitora de higiene en cuanto permite poner al médico en la pista de algunas enfermedades de las cuales puede tener la presunción de su iniciación, tales como son los casos de gripe, resfríos, difteria, enfermedades eruptivas, etc. *Asistencia psicológica*: Un hecho que ha sido muy apreciado por la industria americana y por los médicos, es la función de psicoterapia que realiza la enfermera. Esta se encuentra más en contacto con los obreros, los enfermos y su familia. Puede adelantarse en el alma de ellos y servirlos como monitoras de higiene, como amigas confidentes y consejeras en los trances médicos comunes o difíciles y, sobre todo, cuando se produce la ansiedad por un caso de un accidente, una fractura o algún aspecto médico de pronóstico reservado. Ella, con su experiencia, puede dar al obrero y su familia una tranquilidad espiritual que muchas veces no tiene y busca en personas incompetentes. *Educación Sanitaria*: Corresponde también a la enfermera realizar lo que podríamos llamar la pequeña educación sanitaria del paciente, pues, una cantidad de constipaciones, leucorreas, dismenorreas, etc, sobre todo en mujeres, las cuales no consultan a un médico, pueden recibir un consejo médico adecuado y de orientación.

Otras funciones de la Enfermera Industrial. — Es importante no convertir las funciones de la enfermera y del cuerpo médico en funciones policiales dentro de la fábrica. El servicio médico no puede, ni debe, amparar los casos de obreros llamados «mañeros», los cuales simulan frecuentes estados de enfermedad a objeto de faltar y percibir aunque sea la mitad del salario. Debe,

en todos los casos, limitarse a hacer una información objetiva, y en ningún caso ser la *Enfermera o Visitadora* desplazada al domicilio de los obreros a objeto de espiar, utilizándola como confidente del pensamiento que pueda haber recogido en forma amistosa en la intimidad del hogar.

Corresponde a la *Enfermera o Visitadora* llenar funciones sociales en la industria, y mantener relaciones con todos los organismos públicos y privados de *Sanidad y Asistencia Social.* La relación con institutos especializados, del deporte, nutrición, traumatología, la asistencia de algunos obreros, clubes deportivos, etc., da motivo a relación amistosa y la encargada de mantenerla es la *Visitadora de Higiene.*

La enfermera que ha llenado los requisitos de una escuela universitaria, y posee los conocimientos de su arte y del ambiente, no está, sin embargo, en condiciones de desempeñarse en una industria. Necesita entrenamiento en este terreno. Se le dan cursos especializados en todo lo relacionado con la higiene industrial.

Sin vocación no hay posibilidad de tener una buena enfermera industrial. Debe ser comprensiva y saber simpatizar; ser capaz de crear un ambiente favorable para su labor; apreciar los valores humanos y tener voluntad para trabajar por el mejoramiento del ambiente en que vive el obrero. Hoy se acepta que debe elegirse una enfermera industrial con el mismo cuidado con que se elige un empleado para una posición directiva.

Es evidente que las funciones de la enfermera varían de una industria a otra, y de una fábrica a otra. Las obligaciones de una enfermera industrial dependerán de las necesidades específicas de cada industria en la cual actúa y también del programa que deba cumplir el servicio médico. Allí donde toda la asistencia médica queda reducida a la acción de la enfermera, carga ésta con mayor responsabilidad que en las otras. Tiene una función psicológica importante cuando acompaña a las obreras al examen médico, porque si bien es cierto que una mujer se somete al examen médico con todo gusto cuando se encuentra enferma, le cuesta y es tarea difícil conseguir que se someta a un examen clínico más o menos completo cuando goza de perfecta salud, por lo menos aparente.

La contribución más importante de la enfermera industrial es la enseñanza de los hábitos de higiene en la vida diaria del obrero. Ayuda eficazmente a mejorar su aptitud física, lo que significa trabajar para una organización altamente eficiente y de la cual resulta la mayor y mejor producción. Corresponde también a la Visitadora de Higiene el archivo médico y la obtención de informes exactos. Es importante guardar los mismos en forma confidencial, para evitar los perjuicios de su difusión. Es evidente el papel amistoso que juega la enfermera, pues, visitando los hogares, puede ganar la confianza de los asistidos y conocer su

ambiente personal y familiar. Hoy se sabe que la eficiencia industrial depende, en gran parte, de la vida familiar sana y tranquila del obrero. La asistencia industrial ofrece una oportunidad especial para organizar la prevención en vez del tratamiento de las enfermedades industriales. A pesar de tener la enfermera una función importante, el patrón y los obreros no deben considerarla como una substituta barata de una profesión cuyos servicios son indispensables; nos referimos a la atención del médico.

Desde el punto de vista histórico, la enfermera industrial es anterior al médico en la industria. Esta, con su obra de vanguardia, ha abierto el camino para la medicina industrial, de la cual no se la puede separar, en su calidad de auxiliar del médico. Las primeras enfermeras industriales en la obra inglesa ingresaron como ayudantes benevolentes para atender a los más pobres y, como dice el léxico inglés, en cierta manera era la «limosnera de la fábrica». Distribuía su caridad en forma de cuidados y de ayuda material. Hoy ya la enfermera realiza una función científica, sin dejar por ello de lado el aspecto humanitario y cariñoso que debe tener.

4.º) Estudios técnicos especiales. — El alto avance técnico-industrial obliga a organizar un centro de especialización para la profilaxis de los gases y vapores tóxicos. En nuestro país este aspecto ha sido dejado de lado aún en los medios universitarios. La detención o denunciación de gases y de vapores tóxicos, susceptibles de infiltrar la atmósfera industrial, interesan a la vez a la higiene y a la defensa nacional. En los tiempos de paz se impone la necesidad de denunciar los gases cada vez que es menester que un trabajador penetre en una atmósfera limitada, susceptible de contener un gas o un vapor tóxico, tales como las galerías cloacales invadidas por gases emanentes de las canalizaciones, de las aguas residuales cargadas de productos volátiles (un litro de benzol arrojado a la cloaca puede dar de 200 a 250 litros de gases inflamables); sea en las galerías mineras, sea en las canalizaciones de gas de alumbrado; etc. Se impone también en la atmósfera de los garages, en los túneles de los ferrocarriles, en los pasajes subterráneos, etc. Permite verificar la eficacia de algunas operaciones tendientes a la profilaxis (desinfección, desinsentización, etc.) y asegurar el funcionamiento de algunos dispositivos de uso doméstico y público (aparatos de refrigeración). Como un ejemplo de las tareas que debe cumplir el Instituto de Higiene Industrial, que se crea por la presente ley, nos referiremos a un pequeño problema nada más de: cómo se puede efectuar una buena detección de gases tóxicos en la industria. Este es sólo uno de los centenares de problemas de medicina industrial y lo planteamos a simple título de ejemplo o de ilustración acerca de las futuras funciones del Instituto.

Los caracteres esenciales de una buena detección son la simplicidad, la sensibilidad, la rapidez y la especificidad.

1.° — *Simplicidad*: La detección debe utilizar dispositivos simples, aparatos de construcción fuerte, de funcionamiento automático o susceptibles de ser accionados por personas poco instruídas.

2.° — *Sensibilidad*: El detector debe denunciar rastros ínfimos de gases y vapores, vale decir, dosis muy alejadas de la concentración mortal, de manera de permitir al hombre tomar el tiempo necesario y las medidas indispensables para protegerse y retirarse. A este efecto, el detector pude dar, sea una simple indicación cualitativa o permitir el dosaje del producto nocivo.

3.° — *Rapidez*: Por la razón precedente debe asegurar también la eficacia del tratamiento médico eventual; la advertencia debe ser muy rápida, instantánea si es posible. En ciertos casos y en razón de la lentitud de las reacciones que determina, el detector podrá ser controlado a la distancia.

4.° — *Especificidad*: El detector, debe ser específico del gas que quiera encontrarse, si se desea que la señal tenga suficiente precisión. Si el detector es polivalente, esta cualidad debe ser aplicada sólo a un grupo de substancias que presenten las más grandes analogías con aquellas que se buscan, desde el punto de vista de su peligrosidad para el hombre.

Causa de errores. — Sin embargo, un detector que en el laboratorio cumple todas las condiciones, puede ser ineficaz en la práctica industrial o militar. Aquí intervienen numerosos factores: rapidez de la insuflación, temperatura, presión atmosférica, estado higrométrico, estado de ionización del aire, acción de los rayos solares sobre los reactivos, trepidación, presencia de gases tales como el anhídrido carbnico, el anhídrido sulfuroso, etc., que pueden falsear los resultados.

5.° — *Museo de Higiene y Medicina del Trabajo*: Muchas son las ciudades del mundo que cuentan con un museo de seguridad e higiene del trabajo que ilustran por medio de planos y de fotografías, los métodos de prevención de las enfermedades y accidentes profesionales; organizan conferencias, publican folletos y semanarios de propaganda. Podemos señalar, entre éstos, el de Amsterdam, abierto en 1893; el de Milán, en 1894; el de Munich, en 1900; el de Berlín, Charlotemburgo, en 1903; el de Nueva York, en 1907; el de Budapest, en 1908; Viena, 1909; Lausanne y Turín, en 1911; Londres, 1927 y, en especial, el gran Museo de Higiene de Dresden, lo más grande de Alemania y del mundo. En la ciudad de Buenos Aires, el malogrado Dr. Emilio Coni fundó en el año 1921 el primer *Museo de Higiene* para *Sud América.* Desgraciadamente, fracasó la iniciativa y terminó cerrándose el año 1930. Tenemos que volver, por el honor, a contar con un or-

ganismo de esta naturaleza, y nada mejor que instalarlo dentro de un gran *Instituto* dedicado a la *Medicina del Trabajo,* que pueda compendiar todos los aspectos de la obra a emprender.

6.º) Programas de trabajo. — La Asociación Americana de Médicos y Cirujanos Industriales y el Consejo de Higiene Industrial de la Asociación Médica Americana han elaborado un plan para la enseñanza de esta rama de la medicina.

Son los temas que le correspondería abordar al Instituto de Higiene Industrial y Medicina Industrial, y a título ilustrativo lo transcribimos a continuación:

A) ENSEÑANZA PREGRADUADA

1) Cursos obligatorios: Estos cursos deben incluir clases, prácticas de laboratorio, prácticas en la preparación de historias y protocolos industriales, trabajos seccionales en salas y clínicas y estudio en campaña.

2) Cursos electivos: Los cursos electivos deben permitir hacer estudios más detallados y específicos, participación personal en proyectos especiales, estudio individual de enfermos o experiencia personal en laboratorios y fábricas. El tiempo dedicado a cada materia variará de acuerdo con la naturaleza y extensión de ésta.

B) ESTUDIOS DE CONTINUACION

Como la mayoría de los médicos que ejercen han tenido pocas oportunidades de obtener enseñanza organizada en esta rama, las Universidades, Municipios, Estados y sociedades médicas especiales, o éstos en combinación, deben ofrecerles cursos introductorios y de renovación.

C) ESTUDIOS DE AMPLIACION

El siguiente esquema puede servir de guía para cursos de ampliación, para médicos que van a ejercer en fábricas o en laboratorios de higiene industrial. Será necesario introducir modificaciones a medida que se desarrolle el ejercicio de la Medicina Industrial. Hay que insistir sobre los detalles administrativos, relaciones con el personal, la medicina social y legal, toxicología, patología, fiisología y métodos de salubridad pública. Los cursos serán de tal naturaleza que establezcan la higiene industrial en su propio dominio y no como rama de enseñanza avanzada de salubridad pública.

ESQUEMA PARA UN CURSO DE HIGIENE INDUSTRIAL

El siguiente esquema para un curso de sanidad industrial se basa en los tres principales componentes del servicio médico destinado al grupo de empleados: higiene industrial, medicina industrial y administración. Cada encabezado principal comprende las generalidades que explican en términos amplios su importancia en el programa de enseñanza, seguidas de una lista detallada de subtítulos. También se ofrecen recomendaciones específicas acerca de métodos y medios para la enseñanza.

En general, las recomendaciones se refieren a los cursos obligatorios. Para una enseñanza más pormenorizada, pueden hacerse las adiciones necesarias o pueden usarse los programas existentes.

I. — ADMINISTRACION DE HIGIENE INDUSTRIAL

A) GENERALIDADES:

El interés actual en las condiciones de trabajo y en el bienestar de los obreros es fruto de un siglo de legislación social que ha culminado en la promulgación de leyes de seguro social y de indemnización obrera. Al aumentar las demandas de fiscalización adecuada de la higiene industrial, los médicos serán invitados a organizar y administrar departamentos médicos en fábricas, minas y

almacenes de todo género y tamaño. La experiencia de muchos médicos en la industria demuestra que un servicio de esta naturaleza puede operar eficiente, ética y científicamente y con beneficio evidente para el obrero, patrón, instituciones oficiales, profesión médica en general y la colectividad.

B) ORGANIZACION DE LA ENSEÑANZA

Con raras excepciones, la mayoría de los centros de enseñanza tienen fácil acceso a departamentos médicos industriales bien organizados. Los directores de estos departamentos están capacitados para enseñar y hacer demostraciones prácticas de procedimientos administrativos en su medio ambiente.

Una tercera parte del horario deberá dedicarse a métodos administrativos, igualmente distribuídos entre discusiones en las aulas y visitas a departamentos médicos de fábricas.

C) CONTENIDO DE LOS CURSOS

1) Origen y desarrollo de la higiene industrial; a) Interés médico en la salud y la ocupación; b) Fundamento legal; 1) Legislación fabril; 2) Indemnización a los obreros; 3) Seguro social.

2) Morbilidad y mortalidad profesionales; a) Causas y duración del tiempo perdido en la industria; 1) Experiencias generales; 2) Experiencias en ciertas industrias; b) Notificación de accidentes y enfermedades profesionales.

3) Distribución del servicio de higiene industrial; a) Objetivos y alcances de la higiene industrial; b) Grupos de la población interesados; 1) De acuerdo con el tamaño de la fábrica; 2) De acuerdo con el tipo de la industria; c) Costo de los servicios médicos en la industria; d) Beneficios económicos y de otro género.

4) Clasificación de los médicos industriales; a) Los que prestan sus servicios parte del tiempo o cuando son llamados; b) permanente (adjuntos); c) Servicios de consulta; 1) De higiene industrial; 2) De especialidades clínicas; d) Idoneidad para el servicio médico industrial.

5) Departamentos médicos industriales; a) Organización; 1) Personal; 2) Relaciones entre el personal médico y la fábrica; b) Local e instalaciones; c) funciones específicas; 1) Tratamiento y hospitalización; 2) Prevención y saneamiento; 3) Conservación de la salud; a) Exámenes físicos; b) Educación higiénica; 4) Rehabilitación; d) Problemas médicos especiales de las fábricas pequeñas.

II. — HIGIENE Y TOXICOLOGIA INDUSTRIALES

a) GENERALIDADES.

Tanto los patronos como los obreros tratan de reducir la frecuencia de las incapacidades para el trabajo por medio de la prevención, pues la experiencia ha enseñado que la conservación de la salud fomenta la eficiencia, los ingresos y las relaciones industriales. Los médicos que sirvan en la industria deben conocer técnicas fidedignas que les permitan reconocer y controlar los riesgos profesionales acarreados por la insalubridad, riesgos esos multiplicados inmensamente por el extraordinario desarrollo de la tecnología industrial. Además de los procedimientos relacionados directamente con la higiene y toxicología industriales, existen problemas de igual importancia asociados con la adaptación de las actividades médicas a obras de higiene en el adulto en instituciones privadas y públicas de salubridad y beneficencia.

b) ORGANIZACION DE LA ENSEÑANZA

El personal y los medios necesarios para la enseñanza adecuada de la higiene industrial pueden obtenerse aisladamente o en combinación, por medio de:

1) Oficinas estaduales o locales de higiene industrial.
2) Departamentos de bioquímica, fisiología, patología clínica y toxicología de las escuelas de medicina.
3) Laboratorios de higiene industrial debidamente equipados, independientes o de fábricas.

Debe dedicarse de una tercera parte a la mitad del tiempo disponible a higiene industrial y toxicología, prestando igual atención al trabajo didáctico y las demostraciones de laboratorio.

c) CONTENIDO DE LOS CURSOS

1) Riesgos industriales para la salud; a) Clasificación; b) Fundamentos de toxicología; c) Códigos de seguridad.

2) Estudio de la fábrica; a) Identificación de los riesgos; 1) Procedimientos médicos; 2) Procedimientos de ingeniería; b) Control de los riesgos; 1) Médico; 2) De ingeniería; c) Mantenimiento del control; d) Registros.

3) Saneamiento e higiene de las fábricas; a) Abasto de agua; b) Eliminación de los desperdicios; c) Cuidado general; d) Iluminación; e) Ventilación y acondicionamiento del aire; f) Control de ruidos y vibraciones.

4) Higiene personal de los obreros; a) Inodoros y cuartos de baño; b) Control de la fatiga; c) Nutrición; d) Habitación; e) Recreo.

5) Coordinación de los servicios higiénicos, industriales y colectivos; a) Control de las enfermedades transmisibles; b) Control de los desechos industriales; c) Estadísticas vitales; d) Reglamentos y códigos de seguridad; e) Reglamentación e inspección de la fábrica.

III. — MEDICINA INDUSTRIAL Y TRAUMATOLOGIA

a) GENERALIDADES

La mayoría de los servicios médicos prestados a/o por intermedio de la industria van dirigidos, primordialmente, al obrero que sufra de una incapacidad indemnizable. El ideal consiste en obtener el completo restablecimiento del obrero lastimado y devolverle su capacidad lucrativa en el mismo ramo de trabajo sin tardanza innecesaria. El médico industrial ha de reconocer también el gran predominio de lesiones y afecciones no profesionales como factor en la ausencia del trabajo, y la consiguiente necesidad de correlacionar debidamente la práctica industrial y la particular. Esta parte del adiestramiento debe facilitar conocimientos de la aplicación a la industria de los servicios de consulta, tales como dermatología, oftalmología, neuropsiquiatría, ortopedia, radiología y jurisprudencia.

b) ORGANIZACION DE LA ENSEÑANZA

En la mayoría de las localidades abunda el material clínico de medicina y cirugía industriales. Será necesario establecer contacto y hacer arreglos con las siguientes instituciones:

1) Departamentos de cirugía, medicina y jurisprudencia de la Facultad de Medicina y las principales especialidades médicas y quirúrgicas (oftalmología, dermatología, terapéutica ocupacional y demás).
2) Clínicas externas y salas de hospitales destinados a obreros.
3) Departamentos de medicina industrial y puestos de curación.
4) Organismos de compensación y rehabilitación de obreros.

Debe dedicarse de la mitad a la tercera parte del tiempo disponible a medicina y cirugía industriales, recalcando en particular el estudio individual de casos ambulantes y de enfermos internados, con vigilancia adecuada y discusión de los casos en la sala de clases.

c) CONTENIDO DE LOS CURSOS

1) El obrero y el trabajo; a) El obrero; 1) Aptitud física y mental; 2) Pruebas de aptitud; 3) Relaciones de la medicina y el personal; b) El trabajo; 1) Requisitos físicos y mentales; 2) Duración: horas y salarios, día, noche, períodos de más trabajo; 3) Procesos especiales, equipo y condiciones de trabajo; 4) Factores ambientales.

2) Accidentes industriales; a) Frecuencia y costos; b) Causas clasificadas; c) Cuidado y transporte de urgencia; d) Prevención; e) Justipreciación de la incapacidad; f) Registros.

3) Enfermedades profesionales; a) Clasificación etiológica; b) Patológica y toxicología; c) Atención médica; d) Prevención; e) Justipreciación de la incapacidad; f) Registros.

4) Incapacidad no profesional; a) Frecuencia y costos; b) Causas clasificadas; c) Servicio de consultas médicas; d) Servicio de observación subsecuente; e) Registros.

5) Indemnización y rehabilitación de los obreros; a) Métodos administrativos; b) Relaciones y reglamentos médicos; c) Seguro.

Inciso 3.° (Artículo 1.° - II parte)

Se refiere a los Bancos de Sangre, que son organizaciones técnico industriales que tienen por objeto: 1.° Recolectar la sangre de la población; 2.° Transformarla, prepararla para las transfusiones; 3.° Guardarla debidamente y facilitar su empleo en cualquier momento. Podemos decir que la utilización de la sangre humana, como tratamiento, ha pasado a ser ya, una conquista definitiva. La sangre no solamente se emplea en momentos de catástrofes o para atender heridos de guerra, sino que es necesaria, permanentemente, como un medio terapéutico insustituíble. Esto supone una organización central, industrializada, y una red de establecimientos destinados a la recolección de la sangre, para ser concentrada en la Capital, donde será elaborada para obtener el plasma desecado y otros derivados hemoterápicos. Esta será la función primordial del Banco de Sangre y de sus organizaciones subsidiarias del interior a cargo del Instituto de Hemoterapia.

Inciso 4.° (Artículo 1. - II parte)

Instituto de Farmacología y Contralor Farmacéutico. — Tiene por finalidad este instituto realizar las experiencias indispensables para verificar la acción de las drogas y de los medicamentos que están en el mercado comercial. Pero tiene que ir mucho más allá. Será necesario que aborde el estudio de nuestras plantas medicinales y las posibilidades de su explotación industrial. El Instituto de Farmacología debe plantear, además, todas las posibilidades del progreso de la terapéutica médica. Gracias a institutos de esta índole, otros paises han culminado en el hallazgo —por vía exclusiva de la investigación científica— de drogas como la penicilina, la sulfamida y, más recientemente, la estreptomicina. En nuestro país, naturalmente, no es posible que la industria privada afronte por sí misma investigaciones farmacológicas de gran envergadura, pero el Estado está en condiciones de encararlas directamente, a fin de preparar medicamentos a bajo costo. Sólo estudios básicos de esta naturaleza permitirán industrializar nuevos elementos terapéuticos y promover todas las medidas para que estos elementos lleguen en forma fácil, directa y a precios moderados, a la masa de la población no pudiente.

También tendría otro objetivo este instituto. Allí se haría el estudio de las fórmulas farmacéuticas industrializadas y su

contralor farmacológico y clínico. Estas fórmulas serían luego aplicadas, en forma extensiva, por la industria farmacéutica del Estado, industria que debe crearse para abastecer a la población modesta e incluso a todo el sistema asistencial, que se crea por la presente ley.

Este instituto será la sede oficial de la actual Dirección de Farmacias, Bioquímica e Industria Farmacéutica de la Secretaría de Salud Pública. Tendría a su cargo, además de los laboratorios, la reorganización de las farmacias como servicio público, y vigilar el ejercicio de la profesión, dirigir la industria farmacéutica del Estado, entregar medicamentos gratuitos a los pobres y abastecer a las farmacias de los hospitales. Correspondería a este mismo establecimiento resolver el problema de la semisocialización de la farmacia, con un criterio similar al aplicado para la profesión del médico. Todo esto se puede hacer sin interferir ni perturbar la industria privada.

Inciso 5.° (Artículo 1.° - II parte)

Plantas industriales médico farmacéuticas del Estado. — Esta organización es complementaria de la anterior, aunque ambas responden a directivas y propósitos muy distintos. Conviene que estén también en edificios separados. El Instituto de Farmacología y Contralor Farmacéutico tiene ya una base concreta en la Secretaría de Salud Pública con el Instituto de Química y el mismo Instituto Bacteriológico, que, recíprocamente, se complementan. Con esta base tan seria se pueden asentar los fundamentos teóricos y prácticos de una Plan Industrial del Estado, que debe forzosamente ser creada para subvenir a los apremios de los enfermos hospitalizados y de la población no pudiente, que constituye el 65 por ciento de nuestra colectividad. Para destacar el trascendental significado de la planta industrial médico-farmacéutica del Estado, nos bastará decir que sólo un porcentaje que no pasa del 25 por ciento de la población, compra medicamentos, en particular, las especialidades o específicos, pues están fuera de su alcance. La mayor parte de ellos tiene que resolver sus necesidades de asistencia farmacéutica sobre la base de grandes sacrificios. Esto reza, en particular, para esa población que gana menos de 300 pesos mensuales, que está incapacitada para afrontar los gastos de farmacia, y si los realiza, ellos se traducen en un profundo desequilibrio del presupuesto familiar.

La industria privada, en su afán de ganancias y de llevar los precios a cifras prohibitivas, ha hecho casi imposible su adquisición por las clases no pudientes. Esos precios sólo pueden ser controlados por el Estado, si él produce esos mismos medicamentos a un costo reducido.

En el inciso 5.° figuran tres partes completamente distintas: a) La Planta de Fabricación de Medicamentos; b) La Planta de Penicilina y Sulfamidas; y c) La Planta de Instrumental y Material Sanitario. Por ahora y a nuestro juicio, sólo la Planta de Especialidades del Estado puede organizarse de inmediato. La Planta de Penicilina y Sulfamida es necesaria en el país. Se considera que la industria farmacéutica (nos referimos a la nacional), no puede actualmente financiar esas instalaciones, pues no son, desde el punto de vista comercial, un negocio seguro, dado el costo de las instalaciones y las escasas posibilidades del mercado interno. Por otra parte, esperan que los procedimientos de industrialización se perfeccionen. Los sistemas actuales de producción de penicilina están en continuo perfeccionamiento, de modo que lo que hoy es bueno, mañana es insuficiente. De cualquier manera, como son medicamentos populares y que deben considerarse artículos de primera necesidad, el Estado tiene que producirlos para que lleguen a la masa de la población. Podría encontrarse otra solución para la planta de penicilina y estreptomicina, mediante facilidades a los capitales extranjeros.

Planta de Instrumental y Material Sanitario de Hospitales. — Se refiere a la frabicación en la Argentina de instrumental de cirugía y de aparatos vinculados al ejercicio de la medicina. Esto no es imposible, desde el momento que se construyen en nuestro país equipos médicos y se fabrica instrumental de cirugía en cantidades bastante grandes y de calidad aceptable. Si se va a instalar una red asistencial tan extensa, con tantos hospitales, resulta un buen negocio para el gobierno tener su propia planta de material y abastecerse a sí mismo.

Inciso 6.° (Artículo 1.° - II parte)

Droguería Central. — Si se instala una organización para el estudio y la producción de medicamentos nacionales, si se industrializan nuestras riquezas fitoquímicas y se las aprovecha en una planta del Estado, toda esa producción debe almacenarse en una gran Droguería Central. En ella tendrían cabida no sólo los productos que el Estado prepara por su cuenta, sino todos aquellos que deban ser adquiridos en plaza a la industria privada o en el extranjero. Todo ese material debe concentrarse en una droguería, es decir, en un organismo de distribución, con depósitos adecuados para que ese material se conserve en perfectas condiciones. Ese depósito farmacéutico y de distribución del Estado, es lo que se llamaría o se llama, en este caso, la Droguería Central. De este establecimiento se remitirían a distintos puntos del país, a los hospitales y dispensarios, los medicamentos para mantener el servicio farmacéutico constantemente abastecido. Se llevaría el contralor del «stok» y todo un mecanismo de vigilancia para una buena administración y una buena distribución.

Inciso 7.º (Artículo 1.º - II parte)

Depósito Central y cuatro Subdepósitos Regionales. — Basta haber concurrido una sola vez al actual Depósito de la Secretaría de Salud Pública, para tener la impresión más lamentable que puede recibir un médico. En aquel depósito de la calle Venezuela 2, existen los más valiosos materiales de sanidad, instrumental, drogas y medicamentos por valor de millones de pesos, metidos en galpones en ruinas, algunos materiales prácticamente a la intemperie, donde se destruyen por la acción del tiempo y hasta de las lluvias. Esos galpones deben ser substituídos por un depósito técnicamente organizado, como los parques sanitarios. Allí debe existir una organización que sólo se puede estructurar en locales adecuados, para que ese costoso material sea clasificado, ordenado y distribuído de acuerdo a las necesidades. Debería mantenerse siempre una reserva permanente para casos de emergencia, como tiene, por ejemplo, el Ejército en su Parque Sanitario. El Depósito Central es, pues, una necesidad primaria para regular el abastecimiento de los hospitales de Salud Pública. Naturalmente, no basta un depósito central. Deben construirse, y así está proyectado en la ley, Subdepósitos Regionales, por ejemplo, un Depósito en Cuyo, otro en el Norte, otro en el Litoral y otro en la Patagonia, si se deben atender las necesidades de material sanitario, de instrumental, de muebles, de elementos de habilitación, de tantos establecimientos en vías de construcción o a construirse, es lógico que exista un lugar donde guardar esa valiosísima mercadería, al abrigo de los riesgos de un cambio de tiempo, de temperatura o de las alteraciones inherentes al hecho de estar depositados en locales inconvenientes.

Inciso 8.º (Artículo 1.º - II parte)

Instituto de Higiene Social. — Se llama Instituto de Higiene Social lo que antes se denominaba venereocomio, aunque con un sentido más amplio. Por razones atendibles, desde el punto de vista de la psicología y de la sensibilidad popular, se abandonó también, hace años, la palabra sifilocomio y se la reemplazó por la palabra venereocomio (hospital de venéreos). Pero aun a esta palabra hay tendencia a sustituirla. Así se ha hecho ya en la Secretaría de Salud Pública, al cambiar la denominción de los Dispensarios de Venereología y de la Dirección de Venereología, por la denominación de Higiene Social, que es una palabra más suave y no deja exteriorizar flagrantemente el objetivo médico de la institución

El Instituto de Higiene Social es, pues, un venereocomio, pero que cumple además otras funciones de índole social. No se trata solamente de atender pacientes de enfermedades venéreas, sino

de incidir sobre los problemas sociales conexos, de esos problemas que acompañan como una sombra a la enfermedad venérea.

La legislación sobre enfermedades venéreas exige para su cumplimiento una organización muy seria. Sólo así podrá ser cumplida la ley N.° 12.331 y sus decretos reglamentarios, en especial, el último, que es el Decreto de Perón N.° 9.863, del corriente año. Tiene este decreto una serie de disposiciones y principios que, para ser aplicados, exige un servicio de estadística, una organización para recibir las denuncias del médico o del enfermo, para investigar la fuente de los contagios, del examen obligatorio de las embarazadas, lo que supone una cooperación de los médicos no oficiales con el instituto. En este instituto deben realizarse los exámenes serológicos en masa, para la medicina preventiva, asegurar tratamientos «standard» para la población, combatir el charlatanismo tan nefasto en esa materia, asegurar un mínimo de exactitud de los análisis, organizar la central de serología y unificar las técnicas, proveer de análisis y medicamentos gratuitos a los enfermos.

Tendría también el Instituto de Higiene Social otras funciones, además de la preventiva y del tratamiento obligatorio, con o sin internación, a cargo del Estado, que por la ley N.° 12.331 debe efectuar tratamientos ambulatorios. Ese instituto con internados, separando niños de mujeres y de hombres, tendría por finalidad terminar con las enfermedades venéreas y, sobre todo, con la sífilis que ahora se manifiesta como la más rebelde de todas, en las diversas etapas de su evolución primaria, secundaria y terciaria.

Dependerían del instituto, 800 camas a distribuir en todo el territorio, en una serie de filiales. El Instituto de Higiene Social de la Capital podría tener hasta 300 camas.

Además de las funciones asistenciales caben las funciones de profilaxis social, dirigidas desde este instituto, como son las inherentes al control y prevención de la prostitución. El instituto deberá tomar las medidas legales, médico-legales o técnicas para evitar la formación de nuevas prostitutas y propiciar la redención de las mismas sobre la base de la protección a los menores. Estas son tareas aplicadas a la educación popular; por eso el instituto to sería el centro o el foco de la propaganda sanitaria antivenérea con el propósito de conformar una conciencia sanitaria mediante todos los recursos que aconseja la moderna técnica de difusión y propaganda. Para más detalles ver el capítulo sobre Higiene Social.

Inciso 9.° (Artículo 1.° - II parte)

Instituto Médico-Social de Rehabilitación de Inválidos. — En Inglaterra y Estados Unidos y en todos aquellos países que han sufrido la guerra, se han instalado grandes hospitales para reeducar, capacitar y reintegrar a la sociedad, transfomando en hom-

bres útiles y capaces, a los lisiados. La guerra, como siempre, ha sido la gran maestra para la paz y para abrir nuevos rumbos a la medicina. Antes los lisiados eran seres que gravitaban definitivamente como una carga para su familia y para la sociedad. Pero los resultados obtenidos son tan brillantes que es inaceptable que en la hora actual un inválido no sea un hombre útil y recuperable para la colectividad. Obreros lesionados salen con nuevos oficios y algunos con un mayor rendimiento que antes de su incapacidad.

En nuestro país el progreso se ha iniciado; se han realizado dos congresos de ayuda y rehabilitación al inválido y existen asociaciones de esta naturaleza que son admirables, no tanto por la obra incipiente que ahora realizan en modestos talleres de reeducación, sino por lo que podrán realizar en tiempos de paz si se los provee de los medios materiales necesarios. En la paz tenemos las parálisis por lesiones del sistema nervioso, los accidentes y las escuelas de la parálisis infantil. Interesan, sobre todo, los niños. Todo instituto de rehabilitación de inválidos comprende secciones de cirugía y de ortopedia, de reeducación funcional, con métodos manuales o físicos, de capacitación obrera en artes y oficios diversos, de organización de la producción y comercialización y, finalmente, la sección de cultura y educación del lisiado o inválido, con escuelas, bibliotecas, etc. La obra social de estos establecimientos gravita, en especial, sobre los niños y sobre la clase trabajadora, que cuenta, precisamente, con el mayor número de lisiados por obra de la fábrica y de los accidentes de trabajo.

1.° *La repulsión social del lisiado.* — La palabra lisiado quiere decir deformidad física. El lisiado, desde el punto de vista médico-social, plantea dos problemas: el primero, es el relacionado con su capacidad de trabajo, la cual depende de una cantidad de factores físicos, intelectuales y técnicos. El segundo problema que plantea es el ético-social, porque para la generalidad de las mentes el lisiado es, no un enfermo, si no un sujeto deformado físicamente, el cual hiere la vista del prójimo y es espontáneamente excluído de la sociedad. El lisiado no es solamente un deformado, sino también un desplazado, y la lisiación tiene, así, efectos antisociales.

Hay, antecedentes históricos que permiten afirmar que en las tribus nómadas, en las cuales la existencia de cada uno dependía de su habilidad y de su aptitud física, el lisiado era un desechado literalmente de la vida de sus congéneres. Cuando las tribus se arraigaron al suelo por medio de la agricultura y las condiciones de vida fueron mejores, el lisiado era tolerado en la comunidad, pero nadie quería tenerlo a su cargo. Bíblicamente puede decirse que ésta es la época en la cual nace el derecho del lisiado para pedir limosna. Con el advenimiento del cristianismo

pasaron los lisiados a la categoría de seres sociales y humanos y se crearon órdenes religiosas para su cuidado. Todo el esfuerzo social, desde la era cristiana, se encauza para ir haciendo poco a poco, del lisiado un ser socialmente útil y las tentativas son cada vez más complejas para incorporarlo a la vida económica.

2.° *La ayuda social al lisiado.* — En el año 1832 se inicia científicamente la ayuda social al lisiado con un concepto moderno al crearse, en la ciudad de Munich, en Alemania, una institución técnica e industrial destinada a niños lisiados, la cual fué transformándose en una escuela profesional, hasta que en 1844 el Estado la tomó a su cargo. Se comprendió entonces que no era tanto la deformidad, como la incapacidad, la que definía socialmente al lisiado.

Desde entonces la evolución social del lisiado marcha paralelamente con el perfeccionamiento de la ortopedia, «ciencia destinada a devolver al lisiado el funcionamiento normal de los miembros afectados, para convertir a un necesitado en un contribuyente social» como lo definió Biesalski.

En Alemania, después de 1870, se dicta una ley para todo el imperio, por la cual se crea la Asociación del Estado para la Protección de los Pobres, y desde el primer momento el Estado de Prusia colocó dentro de la categoría de los necesitados, el cuidado de los enfermos mentales, idiotas, epilépticos, sordomudos y ciegos. En esta primera ley alemana, el invalidismo no era tomado sino cuando había trastornos médicos profundos, no teniéndose en cuenta para nada al lisiado de orden común. Fué la ayuda privada, caritativa y filantrópica, la que tomó en el mundo (y aun en Alemania) la iniciativa de esta ayuda social, y fué así como el servicio social se convirtió una vez más en la avanzada exploradora de un nuevo movimiento caritativo. Como consecuencia de este gesto privado se crea en Berlín, por intermedio de Hoppe el «Oberlinshaus», destinado a un hogar para el lisiado.

Son sin duda para Alemania los trabajos de Biesalski, iniciados con su célebre estadística del año 1909, los que abrieron el interés por esta acción altruísta. Dicho autor demostró en el año 1909 que, solamente en el territorio de Prusia, había más de 50.000 jóvenes mayores de 14 años de edad, que no tenían ninguna orientación privada ni pública, para conquistarse un porvenir independiente, todos los cuales estaban condenados a caer en el limosnerío profesional.

3.° *La Ley de Prusia de 1920.* — Se creó así, bajo la iniciativa de Biesalski, en el año 1909, la Asociación Alemana de Ayuda al Lisiado, la cual consiguió una base legal para el territorio de Prusia con la ley de 6 de mayo de 1920. Vale la pena conocer los términos y alcances de esta ley, que es la primera del mundo en su materia:

Por el artículo primero de dicha ley se confiaba en forma obligatoria a las comunas de Prusia la asistencia de los enfermos mentales, idiotas, epilépticos, sordomudos, ciegos y lisiados, siempre que estuviesen en situación de necesidad. Se facultaba a la comuna para crear instituciones adecuadas y si fuera necesario con internación. Por dicho artículo se especificaba, como intención clara de la ley, que todo menor de 18 años debía ser preparado para ganarse la vida con su propio esfuerzo.

Por otro artículo se establecía que los médicos en ejercicio de su profesión, que observaran un menor de 18 años lisiado, estaban obligados a denunciarlo dentro del mes de haber tenido conocimiento, especificando la naturaleza de la lisiación y el nombre del enfermo. La misma obligación se le señala a la partera que, en asistencia de un parto, tuviera conocimiento de un recién nacido tarado o con síntomas de lisiación, estando obligada a dar parte inmediatamente. La falta de cumplimiento de la denuncia era castigada con multas menores de 150 marcos o prisión hasta cuatro semanas.

Del mismo modo, los maestros o maestras que hubieran observado lisiaciones en sus alumnos, durante el cumplimiento de su deber, estaban obligados a denunciar a los mismos a las autoridades competentes. Se tomaba como autoridad competente la Dirección de Asistencia a la Infancia («Ingendamt»). A los fines del cumplimiento de la ley, era obligatorio a cada distrito municipal crear dentro de su jurisdicción un, «Fürsorgestelle», vale decir, un Puesto de Cuidado.

Estos puestos de asistencia eran los encargados de tomar todas las disposiciones necesarias, de acuerdo al artículo 8.º de la ley a los efectos de la profilaxis de la lisiación.

En el artículo 9.º de la ley se especifica lo que se entiende por lisiado, a los fines de dicha ley, diciendo «que existe estado de lisiación si una persona está permanentemente incapacitada para ejercer una clase de trabajo que le proporcione su manera de vivir, ya sea ésta debida a una enfermedad, ya sea de carácter congénito o adquirida posteriormente, o ya que afecte la parte nerviosa, muscular, huesos o articulaciones, o debido a mutilación total o parcial de un miembro o aun la pérdida funcional del mismo».

Por el artículo 10 de la ley, para el Estado de Prusia, entró en vigor el 1.º de octubre de 1920.

El art. primero de la ley fué anulado después por el art. 33, parte primera, del decreto prusiano sobre «Fursorgepflicht» del 13 de febrero de 1924, siendo reemplazado por la siguiente disposición: «las instituciones de ayuda social de la provincia están obligadas a cuidar los enfermos mentales, idiotas, epilépticos, sordomudos, ciegos y lisiados, siempre que sean necesitados, para lo cual pueden crear instituciones adecuadas si fuera necesaria su internación. Para el caso de tratarse de menores de edad, la asis-

tencia comprenderá también la educación y preparación para ejercer alguna profesión, de manera de poder ganarse la vida».

4.º Ayuda abierta y cerrada. —Un detalle sin mayor importancia, es que la ley de asistencia al lisiado diferencia una *ayuda cerrada* hecha como un deber por las sociedades provinciales de asistencia, y una *ayuda o asistencia abierta* que quedaba bajo la jurisdicción de las *Sociedades Territoriales de Asistencia.* Era un deber de las *Sociedades Provinciales* cuidar y curar los lisiados, siempre que necesitaran ser internados, y apartándose de la ley prusiana de *Asistencia al Pobre,* cuidar de su educación y de su capacidad para ganarse la vida. Estas sociedades provinciales estaban obligadas a asegurarse un servicio médico y ortopédico, las cuales deberían proceder a aplicar la llamada asistencia restitutiva, de modo que no importaba tan sólo devolverle la capacidad funcional, sino también poner al lisiado en condiciones de ganarse la vida. Demás está decir que se facultaba a estas sociedades provinciales de asistencia, a utilizar todos los servicios del Estado y de la provincia, con lo cual se conseguía una mayor eficacia en la acción y una disminución de los gastos en la asistencia de los lisiados.

Se les facultaba a estas instituciones de asistencia a tener el máximum de independencia económica para su mejor acción, de manera que pudieran reunir los servicios simultáneos de la clínica, de la escuela y de la preparación profesional. Demás está decir que estas instituciones reciben únicamente aquellos lisiados en los cuales existe alguna posibilidad de restituírlos para un trabajo útil, ya por la acción puramente médica o por la acción médica y la instrucción profesional simultáneas. A este fin se recomendaba tener en cuenta las condiciones psicológicas particulares del asistido, así como también las condiciones sociales, familiares y locales. Los lisiados enfermos o incurables debían ser recogidos en instituciones de asistencia privada, subvencionadas por el Estado. En las recomendaciones del decreto reglamentario se dispone el estudio sistemático de la personalidad psíquica del lisiado, y se especifica que todo niño de edad escolar en estas condiciones debe frecuentar una escuela especial en la cual es instruido sobre la base de métodos pedagógicos adecuados a su mentalidad. Los niños afectados de una lisiación, que egresaban de una institución de lisiados, no podían mandarse a la escuela del Estado, sino a un colegio especial o ambulante, incorporado a la institución de la cual provenía, a objeto de enseñarle un oficio.

La legislación alemana sobre asistencia social a los necesitados es muy compleja y entra en una serie de especificaciones que vale la pena señalar hasta dónde llega su escrupulosidad jurídica. Establece una diferencia entre la asistencia cerrada y la asistencia abierta. La cerrada es para aquellos que necesitaban una ayuda econó-

mica, internación y educación, siendo de carácter compulsivo. La asistencia abierta comprende el cuidado de los lisiados menores de 18 años que no necesitaban ser internados y contempla, además, todas las medidas para prevenir la invalidez. Estas medidas se aplicaban sin tomar en cuenta las necesidades económicas del asistido. Quedaban divididos los lisiados en dos grandes grupos; por una parte, los que podríamos llamar enfermos ortopédicos, que podían atenderse a domicilio, y por otro, los lisiados propiamente dichos. La ley disponía la hospitalización para estos últimos y la ayuda abierta para los primeros.

La sociedades provinciales tenían la obligación de habilitar consultorios para la asistencia de lisiados, consultorios que debían ser dirigidos por un médico ortopedista. Este consultorio debería estar anexo a un Centro de Servicio Social o «Judenamt». En caso de existir algún hospital destinado especialmente a lisiados, o una institución con la misma finalidad dentro de la jurisdicción, debía actuar en coordinación con ésta. La función del Centro de Asistencia, más que la de curar o cuidar, era la de aconsejar y a este objeto el médico director debía orientar al lisiado dentro de la institución que creyera más conveniente. Si la ayuda podía ser prestada por intermedio de la asistencia abierta, se procuraría que el necesitado recibiera todo el tratamiento de la sociedad territorial, y si el enfermo tenía medios propios para asistirse, su función era la de controlar el tratamiento que realizaba y certificar si era cumplido en forma adecuada.

5.º) Compulsión al tratamiento. — Si el menor de edad, lisiado, o sus padres, se oponen a la asistencia, la Oficina de Asistencia al Lisiado (Krüppelfürsorgestelle) está facultada para dirigirse a la autoridad competente y ordenar las medidas en forma coercitiva si ello implica el bienestar del interesado, y cuando se termina la curación está facultado también dicho organismo para vigilar el resultado obtenido (Nachsorge), a objeto de que la curación no pueda malograrse, ya sea por comportamiento del mismo enfermo o por el descuido de los padres, tutores o patrones. Se llegaron a crear, de esta manera, servicios ambulantes especiales destinados a actuar en sitios de poca densidad de población, estando integrados estos consultorios ambulantes por un policlínico - ortopedista, un ayudante en psicotécnica y un asistente social. En algunos casos se instalaban escuelas ambulantes para lisiados.

6.º) La profilaxis por el tratamiento. — A los fines de la instrucción profesional impartida bajo la vigilancia del servicio social ambulante, se colocaba a los lisiados leves bajo el cuidado de patrones, los cuales se comprometían a enseñarles algún oficio, estimulados por medio de premios. Las ligas y grandes dispensarios de asistencia tenían a su servicio enfermeras visitadoras especializadas para efectuar el control y el cuidado a domicilio. Quedaba también

bajo la célula de la ayuda abierta la tarea de tomar disposiciones preventivas destinadas a la profilaxis de la lisiación. A este objeto se tenía como lema que la mejor prevención era la de reconocer y curar lo antes posible un estado de enfermedad, para lo cual la primera tarea consistía en difundir los conocimientos ortopédicos más fundamentales entre el gremio médico. Una educación universitaria especial se daba también en las escuelas de parteras para que éstas reconocieran en un recién nacido una lisiación. Esta ilustración se extendía a los maestros y maestras a los cuales se les daba un curso especializado, particularmente a aquellos destinados a tratar los casos que exigía un sistema pedagógico y psicológico especial. En la Alemania de la posguerra del 14 se produjo un movimiento de opinión tan grande que Kahle, Biesalski y Lange popularizaron el lema de que del 70 al 80 o/o de los lisiados tratados precozmente podía evitar la evolución de un mal hacia una enfermedad crónica y la de recuperarse funcionalmente de modo de obtener su propia independencia económica. Un trabajador social alemán, Simon, llegó a decir que la asistencia al lisiado debía figurar dentro del presupuesto de la Nación en la parte de las ganancias y no en la de las pérdidas. En el orden nacional para Alemania, la ley del 9 de julio de 1922, Reichsjugenswohlfahrtsgesetz (Bienestar de la juventud nacional), así como la ley del 13 de febrero de 1924, sobre Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht (Disposición nacional de la ayuda pública) y la del 4 de diciembre de 1924, Reichsgrundsatzen (normas nacionales fundamentales), ampliaron la ayuda al lisiado, creando para éstos un verdadero derecho.

La ley del bienestar de la juventud nacional crea el derecho para todo niño alemán a una educación destinada a darle una capacidad física, moral y social. Si la familia del niño no puede o no quiere cumplir se hace cargo del mismo el Estado por intermedio de su organización de Protección a la Infancia.

La asistencia compulsiva del lisiado no iba hasta obligar a una operación en la cual pudiera peligrar la vida, pues muchas veces se daba el caso de invocar ante el juez la negativa a una operación basados en el hecho del simple peligro de la anestesia.

7.°) La asistencia por el trabajo. — La ley facultaba a las autoridades sanitarias para llegar a la profilaxis, vale decir, a la asistencia preventiva, debiendo las sociedades de asistencia privada y del Estado procurar a los lisiados un trabajo adecuado. A los fines de disponer un trabajo adecuado para los lisiados estaba en vigor la ley del 22 de enero de 1923, sobre Ocupación de los Lisiados, la cual colocaba a los inválidos de nacimiento o adquirido en las mismas condiciones de los lisiados de guerra o de accidentes de trabajo. Las fábricas estaban obligadas a disponer un tanto por ciento de las plazas para ser ocupadas por personas con una reducida capacidad física para el trabajo.

8.º) La eficacia de la denuncia. — Está demostrado que una de las grandes dificultades para la asistencia compulsiva de los lisiados es la despreocupación con que el médico práctico cumple su función de denunciante. Se atribuye esto a su escasa preparación en materia de ortopedia, lo que le impide comprender el alcance de una acción profiláctica precoz. Demás está decir que en esta materia (como en otras) la amistad del médico con la familia del paciente y la violencia de revelar secretos profesionales era una de las causas por lo cual tan sólo el 6 % de lisiados evidentes eran denunciados por médicos. En cambio un alto porcentaje de denuncias son hechas por personas civiles. Se explica también por el hecho de que los técnicos en la materia se predisponían a denunciar como lisiados a personas que la ciencia no los considera tales. Se llegó así a formar el concepto de que en este movimiento de lucha contra la invalidez era indispensable hacer una opinión general en la cual intervinieran no sólo los médicos, parteras, maestros, padres y tutores, sino también la población civil en general, para que tuvieran todos la idea de la alta finalidad social que importa esta actividad.

Queremos señalar el hecho de que en la estructura jurídica alemana para la asistencia a los lisiados, la denuncia era recibida por la Protección a la Infancia (Jugendamt), organismo éste que tenía siempre una oficina de ayuda al lisiado (Krüppelfürsorgestelle).

La acción de este organismo especial era destinado en Alemania tanto a la asistencia como a la vigilancia de los lisiados, dejando para aquellos que pueden hacer la asistencia por sus propios medios el concepto de la libre elección del médico, de modo de no herir ni el sentimiento ni los intereses de las sociedades médicas de especialistas en ortopedia. Demás está decir que el público en general acepta la ayuda oficial para los lisiados, pero siempre hay un 18 o/o de casos en los cuales se impone conminarlos a la asistencia.

9.º) La asistencia domiciliaria. — Se ha señalado que una de las causas del abandono del tratamiento era la pérdida del salario por parte del padre o de la madre cuando estaban obligados a tener que compañar al enfermo. Algunas sociedades de asistencia a lisiados crearon un pequeño fondo destinado a compensar esta pérdida. Demás está decir que en aquellos casos en los cuales los padres disponen de medios para la asistencia, si ésta es realizada por organismos oficiales, se obliga a la cooperación de los padres a fin de pagar en parte el tratamiento. La esencia de la acción del organismo oficial reside en poder utilizar todos los elementos de que dispone el Estado para la asistencia de los lisiados. El Estado toma a su cargo la asistencia directa en aquellos casos en los cuales no existe una asistencia de otro orden, municipal, provincial o privada. El propósito es que todo lisiado, cualquiera sea el sitio en el cual se encuentre, pueda disponer, en cualquier momento, de un médico especialista para el tratamiento o para vigilar el tratamiento que se

efectúa. En este sentido caen en la órbita del organismo central la asistencia en los medios rurales. Es importante no internar sino aquellas personas que sean indispensables para una cura más intensiva. La internación crea mentalidades especiales que tienden a erradicar a los lisiados del ambiente social. Es más ventajoso el cuidado abierto que le permite al mismo tiempo al sujeto luchar y sobreponerse a su complejo de inferioridad para actuar en el ambiente en el cual está obligado a vivir.

10) La profilaxis del complejo de lisiación. — En el cuidado abierto es importante su organización para evitar el abandono. El abandono se produce por ignorancia o por exceso de los padres. Muchos jefes de familia no colaboran. Se producen así desviaciones de columna vertebral que pudieron ser corregidas.

Tratándose de niños, si una intervención médica puede ponerlo en condiciones de desempeñarse en la vida civil, es preferible que concurra a la escuela común con niños sanos y no a las instituciones donde concurren otros lisiados más graves. La internación se impone sólo cuando las condiciones del hogar no permiten un tratamiento prolongado. Lo mismo para el adolescente que deba aprender un oficio; es preferible que practique en una industria de la ciudad y no en escuelas profesionales especiales con otros lisiados para evitar el complejo de inferioridad que se crea con la convivencia con inválidos más graves.

Como vemos, hay toda una gradación de instituciones y de funciones que es menester organizar para cada caso en particular, no pudiéndose discutir teóricamente cuál es mejor y cuál peor. Cada caso necesita y exige un estudio específico para ser eficaz y humano. Aquí vale el precepto de la «asistencia de los casos individuales».

Existen partidarios de una educación uniforme, partiendo del principio de que el lisiado tiene una psicología creada por su defecto físico y por el ambiente de la gente sana que lo rodea. A esto contestan otros especialistas, diciendo que la mayoría de los psicólogos llegan a esa conclusión por haber analizado lisiados internados en instituciones especializadas y en cuyo desarrollo físico gravita no sólo su defecto, sino las condiciones económicas y morales del ambiente que lo rodea. Esta no es una discusión puramente académica. Tiene un alcance práctico. Se sabe que las conclusiones a las cuales puede llegarse son aplicables a los enfermos crónicos, así como a los huérfanos y ancianos a los cuales se prefiere hoy mantener en la vida de hogar, en forma de pensionados y no en establecimientos costosos por su instalación y contraproducentes por la incapacidad psicológica y moral que crean.

11) La educación profesional del lisiado. — No se concibe asistencia a los lisiados sin la acción ortopédica y médica, educación profesional de los mismos y la posibilad de proporcionarles un trabajo adecuado. A este efecto, los especialistas opinan que no

debe ser elegida la profesión más fácil, sino la que más valor puede tener para el enfermo, y debe proporcionarle una educación superior de modo que pueda llegar a desempeñarse con eficiencia en carreras profesionales y en las oficinas públicas.

En cuanto a la colocación de los lisiados, el único sistema que se ha mostrado eficaz es el de la influencia personal, pues el de otorgar premios a los patrones (como fué sugerido después del ensayo hecho en varias partes), solamente en contados casos ha tenido éxito. Se presenta —en esta situación— un problema que en numerosas oportunidades se lo ha planteado el servicio social, y es el que se refiere a la elección de un oficio para el aprendiz, teniendo presente la competencia posible en el mercado de trabajo de los hombres sanos. Se ha discutido mucho si conviene hacerles adquirir un oficio en industrias clásicas en las cuales los cambios productivos varían frecuentemente y la competencia puede ser grande aun dentro del campo de los lisiados.

Este problema es de trascendencia social y lo señala Henry Ford en su libro «Mi vida y mi obra», en la cual formula declaraciones importantísimas sobre el trabajo de los lisiados en su industria. A los efectos de elegir un trabajo, hay que empezar por valorar las condiciones físicas del lisiado con respecto a su capacidad para trasladarse, porque es muy importante no enseñar un oficio si él debe aplicarse lejos del domicilio y ello pueda importarle una gran molestia.

Este problema es uno de los tantos que debe resolver el Instituto de Rehabilitación de Inválidos. Casi todas las instituciones médicas que amparan en su seno a personas lisiadas, han organizado escuelas talleres destinadas a brindar un motivo de entretenimiento y al mismo tiempo de capacitación.

12) La asistencia por el trabajo. — Cuanto mayor es la capacidad técnica productiva del lisiado, mayores son los recursos con que podrá defenderse en la vida de trabajo. Los ensayos de crear industrias en las instituciones médicas, pocas veces han dado resultados alentadores. Esta es, por lo menos, la experiencia del Hogar Oskar Helene, de Berlín-Dahlen, pues, como afirma el profesor Biesalski, su director, la competencia técnica exige una capacidad de trabajo tan intensa que pocas veces se consigue en los lisiados. Se comprende que la velocidad de trabajo impuesta hoy en la industria a los obreros ha sido calculada para hombres sanos y no para lisiados.

Existe un tipo de trabajo que nunca la industria podrá abordarlo con su sistema intensivo. Es la producción manual artística, la cual se defiende de la producción industrial en más, ya que los aprendices aspiran a ganar un salario mínimo de entrada, sin pasar por un período preparatorio largo, tal como lo exijan las industrias manuales artísticas y de la vieja artesanía medioeval y del Renacimiento.

En el problema nacional de la capacitación profesional de los lisiados, debe resolverse la situación especial que se plantea con los jóvenes aprendices de los medios rurales, los cuales tienen que dirigirse a las ciudades para adquirir esta capacitación técnica. Al joven o adolescente de ciudad no le es difícil, desde su propio hogar, seguir los cursos de capacitación. Pero a los individuos o lisiados del campo les sería imposible aprender nada, si no se les organizan «Escuelas talleres, con internado».

Inciso 10 (Artículo 1.°, II parte)

Instituto Nacional de Kinesiología: La kinesiología no es, simplemente, la aplicación de los masajes como agente terapéutico. Su progreso se ha extendido más allá, para actuar sobre todo el organismo humano, regulando funciones fundamentales, por ejemplo, las gastrointestinales y las respiratorias. La kinesiología es un arma terapéutica, un instrumento eficacísimo de acción sobre el organismo sano o enfermo, que tiene una extraordinaria importancia por su nobleza y rendimiento. Nuestra Escuela Universitaria de Kinesiología, carece, en estos momentos, hasta de sede y vive de prestado en una pequeña sección del Instituto Municipal de Radiología, lo que hasta cierto punto, debe avergonzarnos. Frente al enorme progreso que ha hecho esta rama de la medicina, que hasta tiene ya una verdadera escuela universitaria, consideramos conveniente la construcción de un instituto integral.

Ese instituto, además de prestar los servicios inherentes a la kinesiología en su más amplio sentido, tomaría sobre sí la tarea de reeducación de inválidos, de hemipléjicos, y de diversos tipos de lisiados. También sería importante que en este Instituto de Salud Pública tuviera su sede la escuela universitaria de kinesiología que actualmente no tiene ubicación adecuada.

La más grande aplicación de la kinesiología, desde el punto de vista médico-social, está en los institutos de traumatología que deben aplicarla intensivamente para la rehabilitación en la convalecencia. En el año 1928 había en EE. UU. 62 hospitales, destinados puramente a tareas de ortopedia y kinesiología, con una capacidad de 5.595 camas; 41 de estos hospitales, con 3.183 camas estaba destinado a la infancia, y el resto, o sean, 2.412 estaban destinadas para adultos. Los llamados Hospitales Industriales, que en aquel país son entidades independientes, vinculadas al seguro para accidentes de trabajo, son modelos en la organización de la kinesiología social. Sin duda, la invalidez parcial del presidente Roosevelt ha permitido darle a esta disciplina médica un gran impulso, gracias a la ley de Rehabilitación Profesional Civil Federal. En 1927, 41 de los 44 Estados que tiene la Unión habían aceptado el régimen de subsidios federales, creados por la mencionada ley.

Tan importante es esta rama médica que, en el año 1928, el Estado de Indiana señalaba el valor económico de la rehabilitación de los accidentados. El salario medio del grupo rehabilitado se duplicó, y el 41 % de los accidentados, que antes de rehabilitarlos no podían ganar nada, pudieron después atender su propia existencia. Hasta consiguió mejorarse el salario semanal de algunos obreros que antes de lesionarse era de $ 19,65 m. a. y después, en razón de los nuevos conocimientos técnicos, se elevó a $ 62,28. Estos institutos de rehabilitación están montados en establecimientos que tienen una organización de fisioterapia y kinesiología extraordinaria, y actúan en un sentido social desde el primer momento porque buscan devolver la capacidad de trabajo. Se calcula, de acuerdo a aquella ley citada, que cuesta $ 325 m/a. rehabilitar a una persona incapacitada, y que, en cambio, cuesta entre $ 300 y 500 al año el sostener a un inválido.

A este respecto dice el malogrado profesor Lagomarsino (quien organizó en el Hospital Militar de esta ciudad el primer servicio dentro de las ideas de Böhler) lo siguiente: «todas las secciones fisioterápicas que se usan en el final de la cura de un fracturado para obtener la restitución funcional, deben ser controladas y dirigidas por el especializado. Hemos reunido a un lado de la sección que corresponde al tratamiento inmediato, las que coadyuvarán a la restitución del inválido, tales como electroterapia, fototerapia, termoterapia, masajes, movilizaciones, mecanoterapia, etc., llegando así al ideal de organización en el tratamiento del traumatizado». Y en el documentado trabajo que señalamos, el profesor Lagomarsino dice que hasta el año 1933, tan sólo en materia de fracturas el 16 % debían ser indemnizadas, bajando esa cifra a 0,53 % cuando se hizo el tratamiento integral.

Encontrándonos frente a posibilidades de perfeccionamientos inmediatos la ley 9.688, sería oportuno crear la asistencia integral del traumatizado; ello no será posible si nuestro país no cuenta con una gran organización central que forme los técnicos para realizar la tarea. Esa tarea debe ser coordinada entre los tres institutos proyectados, el de Rehabilitación de Inválidos, el de Kinesiología y el de Higiene y Medicina Industrial.

Inciso 11 (Artículo 1.° - II parte)

Instituto Nacional de Patología Tropical y Paludismo: Se trata de ampliar la lucha contra las endemias y de dotar al país de una poderosa organización para afrontar esa lucha contra las enfermedades regionales, la más grave de ellas, el paludismo.

Es urgente habilitar a los hombres encargados de esa tarea, de los elementos fundamentales requeridos para ello. No nos olvidemos que existen 500.000 argentinos que sufren de paludismo, por obra del cual, su capacidad de trabajo está reducida a

la mitad. En este momento el Estado no invierte en esa plaga más que dos pesos por año y por enfermo, lo que es, literalmente hablando, una cifra ridícula. Además del paludismo tenemos otras endemias, como la anquilostomiasis y la helmintosis, las zoonosis, enfermedades comunes al hombre y a los animales, que deben ser tomadas en conjunto y encarada su lucha por un organismo central con laboratorios, e incluso, con un sistema de hospitalización; esa lucha debe englobar la policía animal, para imponer las medidas profilácticas sobre una serie de enfermedades, además de las que hemos mencionado, como la hidatidosis, la brucelosis, la peste bubónica y comprender la preparación de los elementos permanentes de esa lucha. Entre los elementos complementarios pero trascendentes, figura la ingeniería sanitaria, que se vincula a la lucha con el paludismo. Todo eso debe estar centralizado en el Instituto Nacional de Patología Tropical y de Paludismo, que se crea sobre las bases de la actual Dirección Nacional de Lucha Antipalúdica. La prevención de la fiebre amarilla estaría también sujeta a las directivas del Instituto. Ya existe una Escuela de Lucha Antiestegómyca en Santiago del Estero, creada por el actual Gobierno de la Nación, a fin de eliminar por una campaña permanente, todas las perspectivas de una eclosión de brotes de fiebre amarilla.

Todas estas contingencias, no es necesario repetirlo, deben estar previstas. No es posible esperar a que los hechos lamentables se produzcan, para recién estudiar las medidas y contrarrestar el efecto de una epidemia que puede ser evitada. El Instituto de Patología Tropical y Paludismo, tendría, además de su carácter de organismo y de investigación, el carácter de un organismo de asistencia a los hijos de los palúdicos y a los enfermos palúdicos mismos, pero sobre todo, las 1.000 camas que se proyectan, dependientes del instituto, deberán tener el carácter de preventorios a instalarse en Catamarca, Santiago del Estero, Jujuy, Salta y Tucumán, que será la sede central de esta trascendental concepción sanitaria.

Inciso 12, (Artículo 1.°, II parte)

Instituto Prolongevidad: El Instituto Prolongevidad o de prolongación de la vida, como se llama en Estados Unidos «Life Extensión», es en realidad una organización central de la medicina preventiva, porque se llega a su última finalidad. La medicina preventiva no sólo descubre a los enfermos, en aparente estado de salud, sino que va más allá y busca prolongar la vida del hombre, a fin de que ese hombre pueda producir más en beneficio de sí mismo, de su familia y de la sociedad a la cual pertenece. El Instituto de Prolongevidad debe instrumentar los medios de la medicina preventiva, que son los exámenes médicos periódicos, la edu-

cación sanitaria, la profilaxis por el tratamiento y la readaptación médico-social de los enfermos. Los elementos de acción de la medicina preventiva, son los centros de salud y las fichas de salud standard, que deben ser archivadas y manejadas en ese establecimiento. Tendrá a su cargo, además, la dirección dentro de los núcleos asistenciales, propios de la Secretaría de Salud Pública, la parte de medicina preventiva y continuará su acción en la lucha con la higiene y medicina de los escolares, con los centros materno-infantiles, los centros de higiene social etc. Además, por las facultades que se ha conferido a la Secretaría de Salud Pública, estará en condiciones de coordinar la asistencia preventiva con otros establecimientos de jurisdicción no nacional, como son los establecimientos municipales, privados, comunales y de sociedades de beneficencia. El Instituto Central de Medicina Preventiva, tiene una derivación más compleja, que es la coordinación con el Instituto Nacional de Previsión Social. Actualmente, existe una Comisión Mixta entre el Instituto de Previsión Social y la Secretaría de Salud Pública, creada por el actual gobierno con el objeto de que Salud Pública haga las prestaciones para el Instituto de Previsión. Este a su vez, financiará la medicina preventiva de las invalideces, de la traumatología y del seguro de maternidad. Estos tres problemas son los principales para la masa obrera. El Instituto Prolongevidad, como organización central de la medicina preventiva, está encargado del reconocimiento periódico de las grandes masas y colectividades definidas, como son los grupos gremiales afiliados a las cajas de seguros, las colectividades escolares, y las otras que en conjunto, forman verdaderos conglomerados sociales que actúan funcionalmente, de acuerdo a un mismo régimen económico social.

En síntesis, el Instituto Prolongevidad o Instituto Central de Medicina preventiva tiene por objeto el examen de salud de toda la República y el diagnóstico y tratamiento de todas las enfermedades portables en salud.

Inciso 13, (Artículo 1.º, II parte)

Instituto de Reconocimientos Médicos: El Instituto de Reconocimientos Médicos ya existe prácticamente en la Secretaría de Salud Pública, pero no está dotado, ni de los locales, ni de los instrumentos, aparatos y elementos para actuar como *Instituto de Reconocimientos Médicos.* Actualmente son varias secciones, entre otras la que se llama Sección Licencias, en virtud de lo cual, Salud Pública de la Nación, tiene el control de todo el personal de la Administración Nacional, el que está custodiado en su salud por estos organismos de la Secretaría de Salud Pública, que son los que acuerdan las licencias, examinan a los empleados antes de su ingreso y los reconocen periódicamente. Sobre la base de estas Secciones, de los cuerpos médicos de los ministerios y de los

consultorios de la Secretaría de Salud Pública, se proyecta la construcción del edificio del Instituto de Reconocimientos.

La obra realizada por el ex-Departamento Nacional de Higiene, y actualmente por la Secretaría, es realmente magnífica en materia de examen preventivo de los empleados de la administración. Hasta hace unos 15 años, era muy frecuente que gran número de empleados, terminaran tuberculosos. Hasta se decía que bastaba ser empleado de la administración, por el trabajo antihigiénico, para terminar con una tuberculosis pulmonar. Actualmente se puede afirmar que la tuberculosis ha sido totalmente extirpada, por una razón muy sencilla: porque se hacen los reconocimientos médicos antes del ingreso y después se repiten periódicamente, de modo que es muy fácil individualizar precozmente a los enfermos con lesiones prematuras. Es muy frecuente, en estos exámenes preventivos, que en hombres aparentemente sanos que concurren a hacerse cargo de un puesto, se descubra en la radiografía, tomada en forma obligatoria, una lesión al comienzo. Lógicamente, la segregación de ese hombre de la sociedad y su tratamiento posterior, casi siempre terminan con la enfermedad. De esa manera, se han eliminado de la administración nacional, poco a poco, a todos los tuberculosos, y precozmente se los identifica, evitando que contagien a sus compañeros, facilitándoles, además, su tratamiento.

Inciso 14, (Artículo 1.°, II parte)

Instituto de Higiene y de Medicina Escolar. — Conjuntamente con las organizaciones para la protección del niño y del adolescente, este instituto tiene por finalidad formar hombres cabales, física y mentalmente útiles a sí mismos, a su familia, a la colectividad y a la patria. Esta protección requiere una técnica seria y bien sedimentada, porque debe vigilar, estudiar y resolver todos los problemas médico-sociales vinculados al medio escolar y a sus concurrentes, es decir, los tres factores del medio escolar: 1.°, el maestro, para hacerle su ficha de salud y su examen preventivo al ingreso, para cuidar su estado físico, mental y espiritual, porque él es el que influye directamente sobre el niño que concurre a la escuela, 2.°, el estudio y la protección de los escolares bajo el punto de vista de la medicina preventiva, de la asistencia médico-pedagógica y de la asistencia social. Para completar esos dos componentes del medio escolar, maestro y alumno, se debe vigilar científicamente el tercer componente, es decir, el ambiente de los edificios escolares, para brindar el asesoramiento necesario en la edificación escolar, para que ésta se resuelva de acuerdo a las normas de la higiene y de la profilaxis, en relación a la luz de las aulas, al cubaje, a la ventilación y al confort, de tal modo que las escuelas no se construyan únicamente con el criterio del arquitecto sino principalmente, con el criterio del médico y del maestro.

Inciso 15, (Artículo 1.°, II parte)

Instituto de Fisiopatología del Deporte, o de Medicina de los Deportes. — Para que la educación física sea realmente un instrumento de perfección del cuerpo y del espíritu del niño y de la juventud, es necesario que los deportes y la gimnasia estén controlados por la ciencia médica; de esa manera, solamente de esa manera, se podrá fortificar a la raza y facilitar su desarrollo somático, muscular y, sobre todo, el desarrollo orgánico-visceral del individuo. El estudio científico de los deportes, a los que nuestro pueblo es tan afecto, debe servir para evitar que los mismos sean un factor de mortalidad que se agregue a los tantos que ya tenemos. Si se anhela una organización científica de los deportes, si se quiere implantar el examen y la orientación previa del deportista, la ficha única de los que practican deportes, la coordinación con la medicina y la higiene escolar, el examen periódico del profesional, el control científico y médico de las colonias de vacaciones, de los campamentos populares, de las colonias marítimas, de las colonias de vacaciones del sud, etc., eso es lo que se puede hacer en base a investigaciones fisiológicas y fisiopatológicas, de las que estará encargado el instituto que se dedica a la Medicina del Deporte, y que figura en este inciso N.° 15.

A pesar de que el deporte ha tomado un gran incremento en nuestro país, a punto de ser un verdadero movimiento nacional, aun existen como una remota aspiración la Higiene y Medicina Deportiva. Esta rama de la medicina se funda en los principios fisiológicos del movimiento y de la contracción muscular y tiene por objeto producir el desarrollo armónico e integral del ser humano. Conocida es la finalidad griega del deporte, consignada en la definición clásica de «crear hombres de honor capaces de afrontar nobles peligros».

El ejercicio físico no actúa solamente sobre los miembros que lo realizan, sino también sobre todos los órganos de la economía humana. Tan profundas son las modificaciones que produce en el ser humano que no escapa a su influencia ni aún la estructura psicológica del individuo. El deporte científicamente practicado, es también una disciplina intelectual de educación del carácter. El deportista renuncia a la vanidad de su esfuerzo, para asociarlo al del grupo con el que actúa, y en este sentido, es un factor de solidaridad humana. Justamente, explotando este sentimiento, utilizaron el deportismo los movimientos políticos de Europa, los «sokols» de Checoslovaquia; los «Kraft durch Freude» de Alemania; etc., desvirtuando así el sentido social de las masas para ponerlas al servicio de fines políticos, que son extraños al deporte mismo. La higiene deportiva contribuye a la formación intelectual, moral y emocional de las masas, pero debe alejarse de todo peligro que pue-

da falsear los nobles fines del deporte, que si no tiene una orientación precisa, puede ser desviado de la gran finalidad específica.

Está en primer término el propósito médico de propender al desarrollo armónico y constructivo de la personalidad humana. En la niñez y en la adolescencia, la eficacia formativa del deporte es de un valor extraordinario. Salvo contadas excepciones, hasta ahora la gimnasia y el deporte escolar, por ejemplo, han sido considerados como una mera actividad recreativa de la infancia. No es por cierto el niño, joven o adulto normales los que puedan atraer perfectamente el pensamiento médico, desde que la naturaleza humana instintivamente se orienta hacia una superación. Lo único que corresponde es darles las oportunidades para que la libre expansión somática y mental pueda ser ejercitada, sin peligros para la salud moral y física. La ejercitación correctiva, vale decir, condicionada a las alteraciones patológicas de las personas de un «standard» de salud alterado, es la que debe preocupar la acción médica. Un obeso necesita evitar el sedentarismo, pero necesita también reglamentar su deportismo, para no caer en otro mal peor, cual es el exceso de esfuerzo. Las personas con tendencia anoxémica por mal desarrollo torácico, necesitan una gimnasia respiratoria metódica y progresiva, pero están inhabilitadas para deportes violentos; en cambio, les convienen estrictamente las formas deportivas rítmicas. Sólo así, con un concepto médico, se puede orientar la actividad deportiva hacia una gran acción social.

Desgraciadamente, durante los estudios médicos, apenas se abordan estos temas y es muy posible que muchos profesionales se reciban en la Facultad sin que jamás hayan ni oído hablar de los mismos. En los estudios de higiene médica, apenas si es esta una pregunta intrascendente, perdida dentro de los conceptos generales de la higiene individual. Es ya perentorio crear un organismo nacional que tome a fondo el problema de los deportes nacionales, desde el punto de vista científico. Rusia tiene un ministerio dedicado a la orientación técnica y científica de estas actividades. No pocos de nuestros médicos suponen que es ésta una tarea poco digna para merecer su preocupación profesional. Se cae así a menudo en los dos extremos. Por una parte, los que ven en el deportismo una simple actividad recreativa, sin una función médica o higiénica. O por otra, los que se entregan sin medida a formas de actividad violenta, en la cual falta el control médico. Existe en toda población normal un 2 a un 5 % de personas con tuberculosis radiológica, y un 1 % bacilíferos, portadores de una enfermedad que ignoran. La práctica espontánea de los deportes lleva cada año a congestiones pulmonares granúlicas, de elevada mortalidad, debido a que ha faltado la orientación higiénica en esta materia. Podrían agregarse los estudios hechos de foto-sen-

sibilidad en materia de cáncer para señalar otro aspecto de orden médico nada más que en el problema del asoleamiento paralelo al deportismo al aire libre.

Corresponde al Instituto de Higiene y Medicina del Deporte el siguiente programa permanente de acción:

1.º Fatiga y «surmenage» en la actividad diaria.
2.º Ejercicios y juegos libres.
3.º Deportes y juegos atléticos.
4.º Expresiones coreográficas.
5.º Actividad vocacional y servicios sociales.
6.º Actividades de destreza.
7.º Ejercitación correctiva.
8.º Ejercitación distractiva.
9.º Recreación creadora (actividad higiénica ligada a un beneficio: huertos obreros; concursos florales; granjas; etc.).

En las actividades normales, entran la adquisición de recursos de emergencia, tales como la defensa propia, destreza para evitar peligros y accidentes, salvamento de vidas, natación, equitación, etc., que preparan el organismo para su propia defensa y la de sus semejantes. El arte de la defensa propia, permite adquirir elasticidad para el bien social, y puede señalarse como ejemplo el de ese niño que hace pocos meses, al ver un ladrón perseguido por la policía, con un golpe magnífico de rugby se prende de las piernas y lo tira al suelo, tal cual lo haría en una cancha de deporte. La detención de caballos desbocados, el salvamento de ahogados, etc., exige que toda persona pueda adquirir la elasticidad muscular necesaria para un movimiento de emergencia. Esta capacidad debe adquirirse en la infancia y en la adolescencia, porque el joven tiene tendencia a admirar los esfuerzos extraordinarios, y no otra cosa es la afición de los mismos por los espectáculos circenses y su facilidad para imitarlos. El deseo natural de sobrellevar, de tener éxito y de no quedarse atrás, lleva a la juventud inconscientemente a adquirir perseverancia, pericia, dominio de si mismo, valor y originalidad. La lucha y el boxeo sirven para desarrollar el autocontrol, y perfeccionan la repuesta muscular, sensibilizándola a las voliciones rápidas en situaciones inesperadas.

Estas condiciones psicofísicas, son también útiles para aplicarse en las demás actividades de la vida civil futura. Los pueblos que han desarrollado una cultura deportiva son también los que marchan a la cabeza de la civilización por sus universidades, laboratorios, sus hombres de pensamientos, y su actividad económica: bastaría señalar a Suecia, Noruega, Dinamarca, Inglaterra, EE.UU.

Inciso 16 (Artículo 1.° - II parte)

Alimentación popular. Se destina una partida de 8 millones para ampliar las actividades del Instituto Nacional de la Nutrición, a fin de que éste deje de ser un simple organismo de investigación y traduzca su experiencia y su obra en hechos prácticos y concretos en beneficio de la población, sobre todo de la población del interior. Se le confiere a este Instituto, a través de la nueva organización, el cuidado y la vigilancia de la alimentación popular cuantitativa y cualitativamente. El Instituto Nacional de la Nutrición será la base de operaciones de la lucha contra la *subalimentación.* Aunque sea doloroso decirlo, un tercio de la población de nuestro país no consume lo suficiente para vivir en salud. Para hacer desaparecer este hecho se necesitan nuevos fondos, pero éstos deben ser manejados por técnicos en alimentación, que efectuarán los estudios completos sobre el grado de subalimentación del país, estudiarán el modo de producir alimentos diversificados y la forma de intensificar la producción de leche, por ejemplo. Estará a su cargo el educar al pueblo, poniendo a su alcance estos productos alimenticios, controlándolos periódicamente. Organizará además la dieta del obrero y de la población del interior, para lo cual es necesario vigilar, sobre todo en el interior, la desnutrición de la madre embarazada, al niño y a la madre lactante. El Instituto Nacional de la Nutrición, estimulará la producción alimentaria de acuerdo a las necesidades regionales, por medio de las huertas familiares y por medio de las huertas escolares obligatorias, promoviendo a que la población consuma mayor cantidad de calcio a través de alimentos corrientes, pero poco difundidos. Toda esa tarea y la vigilancia de la alimentación de las grandes masas, de los obreros en fábricas y en los comedores escolares, tiene que ser impuesta por la policía alimentaria. La alimentación de estos dos grupos sociales será mejorada por este control nacional. Es perentorio el Código Alimentario y la organización de las inspecciones en las fábricas de embutidos, hoteles y restaurantes populares, las que ahora están completamente libres de toda vigilancia técnica.

El movimiento iniciado en el año 1927 por el profesor Pedro Escudero, con la creación de su primer Instituto Municipal de la Nutrición, el cual sirvió de base después al Instituto Nacional del mismo nombre, debe ser completado, y hasta diríamos superado. Por un fenómeno natural o por necesidad, los institutos destinados a la nutrición tienden a transformarse en consultorios para el tratamiento de enfermedades de la nutrición, y se explica, pues habiéndose iniciado esta ciencia con el problema de la diabetes y la insulina, casi toda la investigación científica se ha orientado hacia las necesidades médicas del momento. No queremos decir con esto que no exista una preocupación por otros estudios vinculados

a la alimentación normal del hombre en todas las edades, y que no se haya estudiado el aspecto social de la alimentación en cuanto se refiere al presupuesto familiar y a la alimentación colectiva de ciertos grupos sociales. El Instituto Nacional de la Nutrición ha cumplido con esa tarea, y debemos señalarlo con orgullo por su labor científica, su actividad en nuestro país y que irradia fuera de nuestras fronteras.

Sin embargo, el Estado debe orientar al Instituto Nacional más que a los estados patológicos, a los estudios normales y preventivos en materia de alimentación, y al problema profundo de economía que lleva implícito.

Se impone, en primer término, iniciar la enseñanza higiénica del pueblo argentino, empezando por las madres, siguiendo por la escuela, colegios nacionales, centros universitarios y centros obreros. Debe ser conocimiento común y vulgar el de los *alimentos protectores* y la medida en que actúan específicamente. El alimento es el remedio de los desnutridos, y base de lucha contra las enfermedades de carencia; debemos aspirar a que se redacte un libro de higiene alimenticia sencillo, destinado a las escuelas primarias; otro a las escuelas secundarias, y otro para maestros y profesores. Estos libros estarían exentos de todo academismo, de lectura y comprensión fácil.

Al lado del conocimiento sencillo de los alimentos protectores, deberá divulgarse como si fuera una operación aritmética fundamental, el valor calórico de los alimentos, y las combinaciones culinarias destinadas a preparar regímenes cuantitativos y cualitativos como tarea casera diaria, conocimientos éstos que los enfermos de diabetes tratados científicamente, consiguen adquirirlos y no pocas veces saben ellos más que los médicos generales no especializados.

Comprendidas esas verdades, y utilizando la labor constante de los 40.000 maestros del país, será posible que el pueblo aprenda a elegir su alimentación en normas científicas y racionales, con lo cual llegaremos a la profilaxis en materia de enfermedades de la nutrición. La obesidad, la diabetes, los reumatismos artríticos, las litiasis, etc., son estados patológicos susceptibles de una profilaxis, si el pueblo sabe lo que debe comer y cuánto debe comer. Precisamos un Instituto de la Alimentación, más, o por lo menos tanto, como un Instituto de la Nutrición.

Además de las tareas de *educación sanitaria,* se impone que un instituto de esta naturaleza prepare la mente política del país para la creación de los organismos encargados del *abastecimiento económico* de las colectividades. El aspecto económico en la provisión de alimentos, tiene tanta importancia como los demás aspectos higiénicos. El problema de la leche, por ejemplo, está íntimamente relacionado con la organización de la economía rural

argentina; sin tambos higiénicos no hay leche higiénica; sin la posesión de la tierra por los tamberos, no hay tambos higiénicos; sin la organización del crédito hipotecario previo, no hay posesión de la tierra. La leche higiénica está ligada a una serie de hechos económicos, que son previos a todas las soluciones médicas.

Lo mismo podemos decir de los otros tipos de abastecimiento, sobre los cuales existe ya toda una experiencia en el mundo. Las principales ciudades de Europa y en especial Viena y Budapest, habían organizado, antes de 1838, administraciones cooperativas mixtas de productores y consumidores, destinadas al abastecimiento popular. La ciudad de Mannheim, en Alemania, tenía entre el municipio y los tamberos, puestos de enfriamiento para la leche, colocados estratégicamente, de modo que el producto recibido dentro de las tres horas de su extracción, era pasteurizado y embotellado, con lo cual se garantía la higiene del mismo. Estas «Regies» Cooperativas, planeaban los problemas de la higiene dentro de una organización de tipo económico, que era previa y fundamental.

Es admirable estudiar la solución de problemas en materia de carnes, frutas, verduras, pescado y en general de todos los llamados productos de abasto, o sean productos perecederos. Las organizaciones a que nos referimos tienden a impedir el alza especulativa producida por los intermediarios. Por mucho que la guerra haya destruído, el esfuerzo de 20 años desde 1918 hasta 1939, ha quedado definitivamente como una enseñanza en materia de alimentación higiénica.

En Alemania sobrevinieron a la guerra de 1918 las organizaciones de puestos públicos de venta de comidas preparadas, organización ésta surgida como necesidad de la misma guerra en 1916. Las ciudades de Colonia y Dusseldorf tenían una cocina central, y tanques termos instalados en tranvías, que los llevaban a puntos de distribución estratégicos. La gente que no tenía otro recurso mejor, compraba su alimentación ya preparada, con lo cual resolvía en forma económica uno de sus más graves problemas.

Si señalamos todos estos aspectos es para demostrar hasta qué punto la creación de un Instituto de Alimentación llenaría en estos momentos una trascendente función social. Dicho Instituto tiene que hacerse sobre la base del Instituto Nacional de la Nutrición, o como una ampliación o prolongación del mismo. A esta solución tiende el Plan Quinquenal en el inciso pertinente.

Inciso 17.° (Artículo 1.° - II parte)

Edificio de Salud Pública: Sobre este punto no hay mucho que decir, porque se trata de un plan general del Gobierno para dotar de edificios públicos a todas las grandes reparticiones. El edificio de Salud Pública debe contener la Administración Sani-

taria, que es en la Capital Federal sumamente grande, puesto que hay dispersos más o menos unos 3.000 empleados que intervienen en la parte administrativa de Salud Pública. Solamente deben estar en este edificio, las oficinas de tipo netamente administrativo, y las dependencias del Ministro.

Como se habrá visto en el conjunto del plan, se trata de evitar la promiscuidad de las oficinas burocráticas con las reparticiones eminentemente técnicas, con laboratorios y con consultorios; por eso es que todo se descentraliza en una serie de Institutos de Investigación. En el edificio de Salud Pública solamente debe haber oficinas. Las reparticiones especializadas, por razones de higiene, no deben estar junto con éstas. Si bien es verdad que en cierta manera, se crean Institutos autónomos, ellos siempre serán dirigidos por una organización central administrativa. No es posible aceptar el funcionamiento de oficinas públicas en locales a donde concurren enfermos, o se tienen animales de experimentación, etc.

Inciso 25 (Artículo 1.°, II parte)

Hospitales y Estaciones Sanitarias de Observación y Aislamiento de las fronteras y puertos, distribuídos en todo el país. — La sanidad nacional nació de la necesidad primaria de controlar nuestros transportes y fronteras. La sección básica y fundadora del Departamento Nacional de Higiene fué precisamente el control de barcos, ferrocarriles, automotores, traslado de enfermos y de cadáveres, etc. La vigilancia de los puertos, de las estaciones de ferrocarriles y de los aeródromos es una de las principales preocupaciones de la sanidad internacional; por eso en todos los códigos sanitarios y, en particular, en el Código Sanitario Panamericano, del que somos signatarios, se propicia la construcción de hospitales de observación y aislamiento en las fronteras y puertos, a fin de evitar la penetración de enfermos desde el exterior. La organización de sanidad de puertos y fronteras, es la que se encarga de la dirección y manejo de los aviones sanitarios (inciso 19.°) y de los barcos sanitarios (inciso 20.). Estaciones de observación y saneamiento, se planifican con un total de 400 camas. Tienen por objeto estas organizaciones, evitar el ingreso al país de enfermos contagiosos o mentales, evitar que los transportes sean vehículos de difusión de las enfermedades, mantener en condiciones higiénicas los puertos, condiciones higiénicas que se reducen a tres: agua potable, cloacas y estaciones de desinfección; tres servicios fundamentales, además de los servicios complementarios de docencia para formar el personal auxiliar (oficiales sanitarios). Esta organización existe en la Secretaría de Salud Pública, con la denominación de Dirección de Sanidad de Puertos y Fronteras; es, como dijimos, la más antigua de todas. Esta dirección necesita instalar una verdadera red de construcciones preventivas y de

observación en las fronteras del país. Dichos establecimientos, hospitales y estaciones sanitarias y de desinfección, constituyen una de las necesidades más impostergables para la protección de nuestro territorio nacional.

Incisos 19 y 20 (Art. 1.° - II parte)

Aviones Sanitarios y Barcos Sanitarios. — Actualmente el transporte de enfermos y el transporte de heridos, sobre todo de la Patagonia y del Norte, requiere el uso de aviones. Los servicios de barcos sanitarios, que son verdaderos hospitales flotantes, han dado grandes resultados en otras partes. No es necesario destacar que los pequeños barcos sanitarios, que pueden circular por el Delta, prestarán servicios importantísimos. Los barcos sanitarios destinados a recorrer las costas de la Patagonia, son innovaciones de gran importancia práctica, porque permitirán no sólo transportar enfermos, sino también atenderlos en el mismo lugar con toda eficacia. Los aviones sanitarios serían manejados por Salud Pública, en coordinación con la Secretaría de Aeronáutica, y se encargaría cada uno de su parte técnica respectiva.

Inciso 21 (Artículo 1.° - II parte)

La Escuela Técnica de Salud Pública. — Requiere un edificio para impartir la enseñanza a las alumnas de los cursos de samaritanas, enfermeras visitadoras, investigadoras sociales y demás auxiliares de la sanidad. La Escuela Técnica de Salud Pública es una necesidad nacional. Estamos sumamente atrasados en cuanto se refiere a la formación del personal auxiliar de Salud Pública. Carecemos de enfermeras en cantidad y calidad suficiente. Si se van a construir tantos establecimientos, es muy probable que, si simultáneamente no se forma el personal auxiliar, no habrá enfermeras ni enfermeros para colaborar en esos hospitales. Es más fácil conseguir un buen médico que un buen enfermero. Tendremos que incurrir en la improvisación, que ha sido uno de los grandes males de nuestro país. Se calcula que son necesarias más o menos unas 30.000 enfermeras en todo el país para desempeñarse en todos esos establecimientos. Muy de paso destamos la circunstancia de que por no existir aquí una escuela técnica de salud pública, nuestras enfermeras son casi todas improvisadas, sin la cultura general ni preparación, ni el espíritu de colaboración que tienen todas las enfermeras profesionales, las nurses americanas, por ejemplo, que son eficientes ayundantes del médico. Desgraciadamente, nuestras enfermeras son productos de la improvisación y del empirismo. Es necesario crear la gran escuela modelo de enfermeras y auxiliares de sanidad. En esa materia estamos por debajo de los demás países sudamericanos, y por supuesto, la comparación nos es muy desfavorable frente a

los países europeos y Estados Unidos. Esa gran escuela modelo, surge del proyecto por el cual se crea la Escuela Técnica de Salud Pública. Se le asignan 5.000.000 de pesos para su instalación y funcionamiento.

La Escuela Superior Técnica comprende también la escuela para graduados destinada a formar los médicos sanitarios.

La formación de los funcionarios de sanidad, incluídas dentro de éstos las Enfermeras de Salud Pública y los Oficiales de Sanidad, está muy lejos de haberse desarrollado en nuestro país en el mismo grado que el servicio médico.

Dentro del servicio de enfermeras, se distinguen en la formación inglesa tres tipos esenciales, a saber: la Enfermera Visitadora, destinada a establecer un lazo de unión entre el enfermo y su familia, por una parte, y el servicio médico por la otra. Enfermera Asistente, destinada al cuidado inmediato en la cabecera del enfermo, con todas las especializacions y jerarquías intelectuales que caben en esta actividad. Enfermera, de Salud Pública, destinada a las tareas administrativas de la higiene y medicina preventiva, tales como la vacunación, el control de obras sociales, la dirección de parques de recreos infantiles, las cuidadoras de niños en las plazas públicas, la organización de cantinas maternales y escolares, etc. Este último tipo de enfermeras no ha sido aún formado en nuestro país, y corresponde a la categoría de funcionarios sanitarios que requieren una educación especial.

La profesión de Ingenieros Sanitarios y la de Veterinarios Sanitarios exigen una cultura y formación intelectual que no se cumple en nuestras universidades. Para el Ingeniero Sanitario, las grandes obras de abastecimiento de aguas, eliminación de excrementos y residuos, tienen en nuestro país en la ex Obras Sanitarias de la Nación su mejor escuela práctica. Pero quedan temas, tales como el urbanismo, la construcción de viviendas higiénicas, las normas de ventilación en los lugares de trabajo, etc., que requieren esos técnicos para preparar las leyes y ordenanzas aun inexistentes.

En cuanto a los Químicos Sanitarios les corresponde la preparación y aplicación del Código Bromatológico y el control sanitario de los alimentos, lo cual representa un capítulo de una extensión que aun no ha sido abordado en el orden nacional.

En cuanto a los Oficiales de Sanidad, merecen una consideración especial y entraremos a desarrollarla de inmediato.

Todos los países tienen problemas en la selección y en la calificación de los oficiales de sanidad. Cada país cuenta con regiones diferentes, tanto por las condiciones geográficas como por sus recursos, intereses y naturaleza de la población, lo que hace que los problemas de la higiene sean diversificados y distintos de un país a otro. Los países que consiguen unificar su sanidad, con-

siguen también unificar la preparación técnica de sus oficiales de sanidad; mientras que los países con autonomías sanitarias, provinciales o municipales, se encuentran incapacitados para uniformar el criterio sobre estos agentes del Estado.

En los últimos años se ha realizado un gran esfuerzo para estabilizar la profesión de los oficiales sanitarios y se han concretado las opiniones técnicas sobre las calificaciones a dispensarse a aquellos que se incorporan a la profesión. Se han multiplicado, también, las oportunidades para su instrucción técnica y cada vez ha sido mayor el número de individuos que han buscado estas oportunidades.

Una estadística hecha en EE. UU. señala que en el año 1936, por cada 100 oficiales sanitarios, 78,2 tenían sólo el título de médico, el resto, o sea el 22 por ciento, tenía además otro título agregado, sea de diplomado en higiene, sea de doctor en higiene pública, o sea un simple certificado en Salud Pública. El primer grupo, o sea el que tan sólo disponía un título médico, formaba la vieja guardia de la sanidad de aquel país, que en la fecha de ese censo contaba con una gran experiencia en materia de higiene pública. Muchos de ellos habían llegado a la función pública a través de sus influencias políticas, pero la eficiencia con que se desenvolvieron, evitó que fueran removidos de su trabajo en la fecha de dicho censo.

La sanidad, tanto en el orden nacional como en el orden provincial de aquel país, se ha orientado en el sentido de exigir cada vez más la especialización de estos agentes. Y la lucha de los últimos años fué para alejar la posibilidad de que la política pudiera influenciar en el nombramiento de los oficiales sanitarios o en el control de su trabajo. La estadística antedicha, se refería al total de los agentes sanitarios de aquel país. En otra estadística, tomando 574 agentes sanitarios ocupados completamente en esta función (full-time), se encontraba que tan sólo el 87,5 % de ese total, tenía el título de médico; agregándose, en el 12 % restante, al título de médico, uno de especialización en materia de higiene. En 191 ciudades de más de 50.000 habitantes de aquel país, se encontró que el 69 % de los agentes sanitarios eran a «full-time», mientras que el 31 % eran sólo de tiempo parcial (part-time). En un total de 131 agentes sanitarios (full-time), el 74 % tenía título de médico sin ningún otro título de especialización; el 13 % tenía además del título médico un certificado de estudios en Salud pública un 2 % el título de especialista en Ingeniería Sanitaria, sin título médico, 2 % eran veterinarios o farmacéuticos, habiendo un 8 % de no graduados. Entre 60 agentes sanitarios de «part-time», todos, menos uno, tenían título de médico, y uno, además, el título de graduado en Salud Pública.

En cambio, en 723 ciudades que tenían una población entre 10.000 y 50.000 habitantes, tan sólo el 40 % tenía «full-time», mientras el 60 % era «part-time».

El criterio del Secretario de Salud Pública en esta materia, es el de organizar la carrera del médico sanitario, que ha sido creada de hecho por el decreto N.° 22.038/46. y la carrera del Oficial Sanitario, para personal no médico, pero con estudios especiales en la Escuela Técnica de Salud Pública. Todos deben ser «full-time».

Formación de los Oficiales Sanitarios. — La formación de los oficiales sanitarios se funda en tres grandes conceptos: concepto personal; educación preliminar y educación profesional. Dentro de los elementos que clasifican las condiciones personales, se encuentran, en primer lugar, la integridad moral, la capacidad de dirección y la habilidad administrativa. Estas son condiciones fundamentales para ingresar a la Administración Sanitaria.

Es muy importante la cultura general en la formación de un oficial de sanidad que debe actuar en toda clase de ambientes. Una amplia educación informativa y formativa es la mejor base para la preparación técnica, que habilita para abordar, de un manera inteligente, todos los complejos problemas que envuelve la salud de una comunidad. La tendencia actual es la de incorporar a la carrera sanitaria a aquellos que ya tengan un fundamento de cultura general con un grado equiparable al de bachiller o maestro normal de nuestro ambiente; se exige así que sea una persona con antecedentes de inteligencia reconocida, conocimientos generales de historia, geografía, lenguaje, ciencias y artes, fundamentos todos estos sobre los cuales puede desarrollarse una cultura técnica en materia de higiene.

Los conocimientos técnicos, los han adquirido, parte en teoría, parte en la acción práctica. Esta es la función que les corresponde a las escuelas de Medicina y a las escuelas especializadas en Higiene.

Los dos capítulos más importantes en los estudios técnicos de los oficiales sanitarios son las ciencias biológicas y las ciencias sociales. Como ciencias sociales se exige una preparación adecuada en sociología, economía y derecho administrativo.

En materia de *psicología,* el oficial sanitario debe conocer las reacciones individuales normales y anormales, los problemas relacionados con la psicología de las organizaciones y de las comunidades, de modo que su acción adquiera influencia en estos ambientes. En materia de *sociología,* deberá llegar a dominar capítulos relacionados con la herencia, problemas raciales, tendencia de las poblaciones, relaciones urbanas y rurales, y la lucha contra el crimen. En materia de *economía,* debe tener conocimientos sobre problemas financieros ligados a la industria y a los grupos

de economía rural. Como un ejemplo de esto, podría citarse el hecho de que un oficial sanitario destinado al control de leche, no alcanzará a comprender algunos problemas de la materia si no tiene nociones de economía rural. En materia de *derecho administrativo,* deberá tener algunos conocimientos sobre organización nacional, provincial y municipal, los medios de defender los programas permanentes de acción de las variaciones políticas, y debe conocer sus derechos legales y sus limitaciones.

Son indispensables conocimientos a fondo en materia de ciencias biológicas para la formación de un oficial sanitario. Se sobreentiende que ninguna persona puede llegar a abordar con inteligencia problemas de higiene, sin una apreciación de las condiciones biológicas del individuo y del medio en el cual se desarrolla. Esta instrucción elemental puede ser impartida en los cursos preparatorios que se ofrecen en los colegios nacionales, secundarios e incorporados, conjuntamente con los fundamentos de la botánica, de la zoología, de la evolución biológica y de la herencia. Esto debe ser seguido con un curso destinado a anatomía y embriología de los vertebrados, tal cual se hace en los países de habla inglesa para los estudiantes destinados a las llamadas escuelas pre-médicas. Se impone así también, estudiar biología humana, vale decir, anatomía humana, bioquímica, fisiología, patología y bacteriología. Esto es, familiarizar al aspirante con las condiciones normales y patológicas del cuerpo humano, y las reacciones producidas por las infecciones. Una vez en posesión de estos elementos culturales, el aspirante estará habilitado para completar su preparación por lo menos con los conocimientos de un cabo de sala en materia de clínica médica, cirugía, pediatría, psiquiatría, etc., y además, con todos los aspectos médicos relacionados con la higiene pública.

Médicos sanitarios: El problema de los *oficiales sanitarios,* sin título médico, como carrera de orden administrativo, es muy diferente al de los oficiales sanitarios que tienen título médico. En todos los países del mundo, con una organización sanitaria bien planeada se considera, unánimemente, que el título de médico no habilita para ser un médico sanitario si no se posee al mismo tiempo una preparación adecuada en materia de derecho administrativo, principios generales de higiene pública, y una especialización técnica. Los escasos conocimientos sanitarios de otros tiempos, cuando la acción médica se reducía a los problemas de patología infecciosa, permitían a cualquier médico desempeñarse con algún criterio. En nuestros días, la sanidad no es sólo la profilaxis de las enfermedades infecto-contagiosas, es algo mucho más complejo y que exige una gran cultura sociológica, bioestadística y estudios de psicopatología social. Médicos sin esa cultura de carácter general, son una rémora para la administración sanita-

ria. Tan sólo el conocimiento de las leyes, decretos y ordenanzas que rigen la higiene pública, obliga por sí mismo a una especialización. No bastan estos conocimientos nacionales; hace falta además una información de orden internacional para valorizar periódicamente los avances científicos. Para estos conocimientos se requiere la posesión de dos o tres idiomas, de los cuales el francés y el inglés son indispensables: sin este conocimiento previo, no hay manera de poder estar al tanto de los trabajos de especialización que se publican en el mundo todos los días. La Higiene Pública y la Medicina Preventiva, constituyen una técnica que solamente puede dominarse con estudios de especialización y dedicación permanente e integral. Sólo así, se pueden formar médicos y oficiales sanitarios. Si esto cabe para todos, con más razón deben tener esas bases aquellos que por supuestos derechos, toman tareas directivas.

En la preparación a que nos hemos referido, reside el progreso o el estancamiento en materia de administración sanitaria. Dada la proletarización de los médicos, cabe pensar si conviene o no, formar oficiales sanitarios a los cuales habrá que pagarles como personas técnicamente calificadas, o disponer de los médicos jóvenes, que ya tienen una cultura técnica, y complementarles sus estudios en escuelas especializadas de Salud Pública. En otras palabras: a un bachiller que llegue a adquirir la capacidad de un oficial sanitario no podría pagársele, en nuestros días, menos de $ 400 como sueldo básico, de acuerdo a la categoría del título. Con ese sueldo básico o $ 100 más, mensuales, es posible tener un médico en un trabajo permanente de 3 ó 4 horas diarias hábiles, al cual se le abre la posibilidad de un progreso técnico y administrativo, siempre que mejore su capacidad e intensifique su especialización.

La enseñanza de los post-graduados debe enriquecer o suministrar los conocimientos en materia de salud pública, bio-estadística, epidemiología, administración de la higiene pública, bacteriología, agua potable, cloacas, alimentos, enfermedades infecto-contagiosas y nutrición. Se impone agregar además una educación especial en higiene mental, y educación higiénica, organización administrativa y servicio social. A resolver estos problemas de docencia, formación de médicos sanitarios, auxiliares sanitarios y demás auxiliares de la medicina, está destinada la Escuela Técnica de Salud Pública de la Nación, que figura en el proyecto.

Se impone que cumplidos los cursos, se otorgue un certificado previa una prueba de examen. Se calcula que un año de instrucción no es suficiente para preparar un médico sanitario, ni aun siquiera para habilitar con conocimientos a aquellos que ya tienen una larga práctica en su materia. Se ha probado que son más capaces de evolucionar, sin perderse en la burocracia, los jóve-

nes que han adquirido una cultura universitaria especializada; médicos higienistas de la Facultad de Medicina, por ejemplo, quienes están en mejores condiciones que los funcionarios que actúan en la actual administración sanitaria sin más bagaje cultural que su título de médico y sus largos años de experiencia práctica.

Encontrándonos en una época de transición, conviene facilitar a estos funcionarios de carrera la posibilidad de adquirir los conocimientos básicos de los médicos sanitarios o higienistas. Las mayores exigencias intelectuales se irán imponiendo progresivamente, tal cual se hizo en la Escuela de Odontología, de Visitadoras o de Kinesiólogos, que en sus primeros pasos únicamente requerían una cultura general equivalente al 6.º grado de una escuela primaria, y que en nuestros días exigen estudios secundarios.

El más alto nivel intelectual de los médicos y oficiales sanitarios será la garantía más seria para el progreso de la administración sanitaria de la Nación. La unificación sanitaria del país permitirá imponer una misma calidad en su personal de toda la República. Evitaremos así las grandes diferencias y contradicciones que existen en otros países, incluso en EE. UU., en los cuales la independencia política de las provincias y de las comunas, hace que esa uniformidad intelectual no exista, con lo cual se resienten los servicios. La República Argentina se abre a una nueva era de la higiene pública y se impone preparar los funcionarios con responsabilidad, capaces de aplicar los conocimientos actuales y abrir nuevos caminos a la salud del pueblo, a la salubridad del territorio y del trabajo nacional.

Inciso 22 (Artículo 1.º - II parte)

Instituto Higiotécnico y de Meteoropatología. — Este Instituto tiene por objeto distribuir y orientar a la población del país de acuerdo a los climas; aconsejar sobre los vestidos más adecuados a los distintos grupos sociales según el clima; orientar la vivienda y la alimentación y la instalación de hospitales y de establecimientos, también en función del clima; y tiene también como objetivo, organizar el aprovechamiento científico de las aguas minerales y termales.

En síntesis, el Instituto se dedicará al estudio de la bioclimatología humana, desde el punto de vista de la patología, de la terapéutica y de la defensa nacional, por un lado, y por otro, al aprovechamiento del poder curativo de nuestras valiosas aguas minerales y termales. Los temas que aborda este Instituto son realmente trascendentales: por ejemplo, el clima y la meteopatología, en relación con el factor humano y la meteorología experimental en relación con el hombre sano y con el hombre enfermo. Estos estudios requieren la construcción de las cámaras microclimáticas.

El ideal es distribuir las actividades humanas de acuerdo a la higiene y a las imposiciones del clima. El estudio del clima como factor terapéutico en la curación de los enfermos, es otro objetivo. Bastan estos simples enunciados para advertir la importancia del Instituto Higiotécnico y de Meteoropatología, donde se profundizará la hidrología y la climatología aplicada a la medicina y al desarrollo de esa grande y nueva ramas de la medicina que se llama la meteoropatología.

Este Instituto podrá también asesorar al ejército, a Inmigración, a Agricultura, sobre las actividades humanas orientadas hacia un máximo rendimiento del trabajo sin perjuicio de la salud, pero estará siempre de acuerdo a las características geográficas climáticas y a las variaciones estacionales.

Las migraciones humanas han planteado en el mundo y en todos los tiempos, primero el problema de las infecciones de que son agentes de transporte las migraciones,y segundo, el de la falta de adaptación de esos seres humanos a las nuevas condiciones climáticas del lugar adonde se han trasladado. En todos los viejos libros de higiene se encuentra un capítulo titulado la Climatización, problema que se planteó en Europa a mediados del siglo pasado, cuando se desarrolló el programa de colonizar territorios lejanos en Africa y Asia. El problema, en el orden militar, se ha planteado de nuevo en la última guerra y de una manera particular cuando se trataba de remitir tropas de Europa a Africa o bien a Noruega. Se inventaron las cámaras microclimáticas para adaptar primero la tropa antes de enviarla. En nuestro país el traslado de conscriptos del centro de la República a las regiones frías del Sur ha preocupado a los círculos militares.

Este Instituto podrá también asesorar al Ejército, a Inmigramaras climáticas determinará la capacidad de aclimatamiento de las distintas razas (inmigración) de nuestro suelo, puesto que ellas responden también a condiciones naturales, tal cual sucede con las plantas y los animales, con la diferencia, a favor del hombre, de que éste tiene más recursos de defensa contra las inclemencias meteorológicas.

El reumatismo, por su valor invalidizante, ocupa en los medios obreros un lugar que está por arriba de la tuberculosis. La construcción de viviendas higiénicas en Rusia, permitió a los reumatólogos de aquel país, descubrir la importancia del *microclima* en la lucha contra esta enfermedad. El concepto de microclima se ha extendido a todos los meteorosensibles, creándose un nuevo capítulo cuya finalidad práctica es la orientación profesional. Es evidente que un obrero que tiene una artritis seca, no puede trabajar en sitios húmedos o a la intemperie. A los excitables e hipertiroideos, no les convienen trabajos en las ciudades a la orilla de los mares, por la intoxicación iodada. Los epilépticos

y espasmofílicos, no pueden habitar zonas de grandes cambios magnéticos y eléctricos. Los expuestos a la tuberculosis, deben desarrollar su actividad en sitios montañosos y bien protegidos. Estos ejemplos permiten destacar la importancia del Instituto a cuyo cargo estarán los estudios pertinentes.

Inciso 23 (Artículo 1.°, II parte)

Hospitales Climáticos Termales: En total son 500 camas las proyectadas para distribuir en nuestras zonas de aguas termales.

El Instituto Higiotécnico y de Meteoropatología, será la cabeza directiva de este aprovechamiento científico de las aguas minerales y termales. Hasta ahora, solamente existen estudios teóricos sin que la hidrología médica hubiera llegado nunca a aplicar en nuestro país los principios científicos y económicos en que se funda esta explotación. En otros países está sumamente adelantada. Existen ya en la Argentina serios y prolongados estudios sobre nuestras aguas minerales y termales, sobre sus características y su acción terapéutica. Son estudios muy precisos sobre las distintas fuentes. Su aprovechamiento es totalmente empírico en lo que se refiere a las indicaciones y contraindicaciones para las distintas enfermedades.

Esta riqueza debe ser explotada, organizando el turismo de enfermos por el organismo técnico que es el Instituto Higiotécnico y de Meteoropatología, estableciendo colonias y hospitales climáticos y termales. Estos hospitales, que suelen brindar grandes rentas al fisco, pueden organizarse de dos maneras sobre bases populares: explotados por el Estado, para obreros y para población no pudiente y la forma de explotación mixta para las clases pudientes mediante concesiones y autorizaciones legales de explotación. Todo para conseguir una sola cosa: poner al servicio del pueblo la energía terapéutica de las aguas minerales.

El Instituto Higiotécnico estudia además el suelo, el aire, la luz, la temperatura, las variaciones estacionales y su influencia sobre la salud, tomados como agentes o factores de enfermedad. Los hospitales climáticos termales son los instrumentos prácticos y concretos de la lucha antirreumática. La lucha antirreumática en nuestro país cuenta con elementos rudimentarios, y carece de elementos y materiales para prevenir estas enfermedades y otras afecciones discrásicas o de tipo degenerativo, producidas por el mismo desgaste del hombre. Estas enfermedades requieren la aplicación terapéutica de estas fuentes naturales de energía, que la naturaleza ha puesto al alcance del hombre para su propia curación.

Inciso 24 (Artículo 1.º, II parte)

Instituto de Enfermedades Alérgicas: El estudio de las enfermedades alérgicas ha adquirido en estos últimos años una destacada importancia, tanto que puede decirse que es la más reciente de las adquisiciones en el campo de la medicina. Es sorprendente la gran cantidad de personas afectadas por esta enfermedad.

La alergia, una de cuyas expresiones es la polenización determinante de la rinitis, el asma, las afecciones dermatológicas, gastrointestinales, etc., están cada vez más difundidas como enfermedades en nuestro país.

El senador Dr. Alejandro Mathus Hoyos, hace poco tiempo presentó un proyecto de resolución al H. Senado, pidiendo informes al P. E. sobre las medidas o los estudios que se habían realizado para contrarrestar estas enfermedades. Quizá la sugestión del senador Mathus Hoyos, ha encontrado posiblemente eco en el Poder Ejecutivo, porque ha informado claramente sobre las medidas tomadas. De todo se desprende que hace falta un edificio para el Instituto de Alergia, con un número limitado de camas para ampliar las investigaciones. En la Secretaría de Salud Pública, se ha fundado este año el Instituto Nacional de Alergia que funciona en la Capital Federal, en un edificio totalmente inadecuado.

Inciso 25 (Artículo 1.º, II parte)

Instituto de Oftalmología en Santiago del Estero con 50 camas. — El Instituto de Oftalmología en Santiago del Estero, parecerá a muchos un poco raro por la ubicación, pero este Instituto no está solamente dirigido a la asistencia oftalmológica, sino que tiene como objetivo primordial ser el centro de la lucha contra el tracoma.

Los últimos datos estadísticos en materia de tracoma sobrecogen el espíritu, porque el 80 % de los niños del norte y del noroeste (últimamente hasta en Santa Fe y Corrientes) están afectados de tracoma. El tracoma es una de las tantas enfermedades infecciosas, endémicas, crónicas y a veces incurables, que debilitan e incapacitan prematuramente a la juventud en el Norte Argentino.

El Instituto Oftalmológico, se ubica en Santiago del Estero por razones de equilibrio técnico en la distribución de los servicios, ya que en Tucumán se instalará el Instituto de Enfermedades Tropicales y Paludismo. Su instalación en Santiago del Estero se debe a que es la provincia más afectada por el tracoma .

El Instituto Oftalmológico será también la sede central para la lucha y la prevención de la ceguera, puesto que el tracoma es una de las enfermedades oftalmológicas que más alto porcentaje de ciegos produce en el país.

Se llama Instituto Oftalmológico, sin duda porque, aparte de la atención de enfermos del punto de vista del tracoma, prestará los servicios de lucha contra el glaucoma, contra los vicios de refracción y de la cirugía oftalmológica. De ese modo será un organismo técnicamente montado para afrontar todos los requerimientos de la oftalmología del Norte Argentino.

Inciso 26 (Artículo 1.º, II parte)

Centros Anticancerosos en el Interior de la República: En la Capital Federal existen elementos suficientes para tratar el cáncer, pero en el interior estamos prácticamente desguarnecidos.

De Córdoba al Norte, no existe un sólo aparato de radioterapia para tratar a los cancerosos. Si no pueden venir a la Capital, deberán los cancerosos resignarse a morir sin el auxilio de la técnica médica.

Los centros anticancerosos que se planifican en el interior, de acuerdo a lo que también aconseja la experiencia de todos los países del mundo, deben contar con un triple sistema de organización: 1.º). El laboratorio para el diagnóstico precoz y las biopsias; 2.º) los exámenes clínicos; 3.º) la acción oportuna y adecuada de la cirugía. Es urgente dotar al interior, de esos centros con los costosísimos aparatos de radioterapia, para que estén al alcance de la población más pobre y más modesta. La población de la Capital y de Rosario pueden, debido a la potencialidad económica del medio, disponer en los establecimientos oficiales de esta arma tan valiosa en la lucha y en el tratamiento del cáncer, pero ello no ocurre con las provincias llamadas pobres.

Inciso 27 (Artículo 1.º, II parte)

Construcción, instalación y habilitación de 23 edificios para sede de las delegaciones e inspecciones seccionales en provincias y territorios: La sede de estas delegaciones debe responder a un tipo de estructura y de distribución, de modo tal que, en pequeña escala, contenga los mismos elementos directivos, administrativos y técnicos de la organización central en la Capital Federal. No es posible, a veces, en las provincias, encontrar locales adecuados para estas instalaciones de donde resulta que es más barato que pagarse alquileres construir directamente, puesto que a la larga, estas construciones se pagan con lo que se hubiera gastado en alquileres. Siendo oportuno y disponiendo de fondos en el Plan Quinquenal, el ideal es dotar a cada provincia de un pequeño Centro directivo de la sanidad nacional, para que coordine la función de los establecimientos nacionales de cada provincia. El ideal de toda organización es tener sus Centros del interior coordinados administrativa y técnicamente.

II. — ARTICULO SEGUNDO (A SEPTIMO)

La Comisión del Senado ha modificado los artículos 2.º y 3.º del Proyecto del Poder Ejecutivo, en la forma de que dan cuenta los artículos 2.º y 3.º de su Despacho.

Conforme resulta del Art. 2.º del Proyecto de Ley sobre Plan Quinquenal, la financiación de las realizaciones planificadas se hará independientemente de lo establecido por el Presupuesto General de Gastos de la Nación. Por otra parte, la creación del Fondo Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, sólo constituye una institución que se formará de acuerdo con el resultado de los estudios que se han encomendado al P. E. de la Nación.

Oportunamente, el Poder Legislador sancionará, mediante el procedimiento parlamentario adecuado, la forma en que será constituído ese fondo. De esta manera, se estima que para llevar a la práctica de inmediato el Plan de Construcciones de Salud Pública y hacer efectivos los beneficios para la población, es indispensable contar con el respaldo financiero del caso.

Los fondos, necesarios para las realizaciones proyectadas, deben ser tomados de los comunes correspondientes al Plan Quinquenal de Gobierno, o de los extraordinarios que determina el mencionado Art. 2.º

En tal sentido y desde el momento que el Fondo Nacional de Salud Pública y Asistencia Social no ha sido aún integrado, la financiación de las construcciones, habilitación y funcionamiento de hospitales e institutos, habrá de ser efectuada en la forma expuesta.

El Art. 3.º del Despacho de la Comisión, introduce una modificación al resto del Art. 2.º del Proyecto del Poder Ejecutivo. Se mantiene la elasticidad de la norma, a fin de satisfacer las necesidades que pudieran presentarse en el curso de la aplicación de este Plan y determina el excedente de los máximos calculados para la inversión que ingresará al Fondo de Salud Pública y Asistencia Social.

El H. Senado de la Nación consideró que la concreción de un Plan de Gobierno como el de Salud Pública, habrá de insumir íntegramente los recursos a él afectados, dada la trascendencia de los problemas cuya satisfacción tiene en vista, pero se ha colocado en la hipótesis de que, por circunstancias especiales, existieran sobrantes, en cuyo caso los destina a integrar el Fondo Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, con el cual, una vez vencido el período de cinco años habrán de atenderse además de todas las instituciones que se incorporen al Código Sanitario y de Asistencia Social, el funcionamiento, mantenimiento y reparación de hospitales e institutos objeto de este Plan.

CAPITULO IV

LA SEMISOCIALIZACION DE LA MEDICINA Y LA ASISTENCIA INDIVIDUAL Y FAMILIAR A CARGO DEL ESTADO

No más médicos sin enfermos ni enfermos sin médicos.

Fundamentos teóricos

Desde el advenimiento de los Seguros Sociales en Alemania se viene planteando periódicamente en todos los países el problema de la socialización de la medicina como una cuestión de orden gremial médica. No tan sólo los seguros sociales han contribuído a la proletarización del médico, sino también la acción oficial, el aumento de mutualidades, de servicios médicos, de fábricas, etc., han llevado el trabajo del médico por un sueldo fijo y en algunos casos, por jornada entera (full-time). Entendemos por proletarización del médico la pérdida de la libertad individual para contratar su trabajo médico y el empleo de su tiempo a sueldo fijo dentro de un monto que en ocasiones es insuficiente para su existencia.

Desgraciadamente, no está en manos de los hombres detener las tendencias sociales. Los grandes progresos que la ciencia médica tuvo en otros tiempos, se debieron, sin duda, al señorío con que el médico o un grupo selecto de médicos, ordenaban su vida profesional y científica simultáneamente, y, de esta manera, se influían mutuamente la práctica y la ciencia. Se evitaba así la incongruencia de nuestros tiempos en que hombres ligados a la actividad universitaria pasan toda una vida investigando hechos que ni remotamente tienen aplicación médica, tal es el caso de la cátedra de Medicina Operatoria que tenía como único objetivo el enseñar a mutilar y desarticular, vale decir, operaciones extrañas al acto quirúrgico diario; y tal el caso de la cátedra de Fisiología dedicada a ciencia biológica pura, extraña a sus aplicaciones diarias, higiénicas y clínicas.

Si señalamos estos hechos como un ejemplo objetivo, es para denunciar el peligro que entraña en nuestros días el «full-time»,

vale decir, profesionales dedicados al laboratorio y sin contacto con la realidad médica diaria. La cátedra universitaria de otro tiempo tenía menos «full-times», pero tenía más médicos. No era la enfermedad sino el enfermo el objeto de su arte. No era el caso raro y académico, digno de un museo médico, sino el enfermo de orden común el que se abordaba. Y sin embargo, los grandes capítulos de la ciencia médica han sido hechos por médicos que fueron simultáneamente hombres de «ciencia» y de «asistencia».

La pérdida del señorío médico toma en la proletarización una de sus manifestaciones decadentes más graves. Al reducir el campo de acción a una actividad unilateral, se forma lo que los americanos llaman «one track mind», vale decir, practicones que sólo aprenden a ir por la huella, realizando diariamente, en forma automática, una tarea siempre igual, y justifican el dicho de un profesor cuando se lamentaba de que estos médicos se convertían «en simples máquinas de expedir recetas».

SOCIALIZACIÓN GENERAL

La sociedad cambia día a día su técnica. Cada vez más el individualismo pierde su autonomía para convertir la actividad humana en una simple cadena de esfuerzos. La socialización de la actividad humana la vemos por todas partes y parece ser un determinismo en lo que ello tiene de universal o inevitable. Se realiza a pesar de los hombres y contribuyen a ello hasta los que se esfuerzan por evitarla. Los problemas de la salud están dentro de esa tendencia y el médico asiste simultáneamente al hecho de tener, por una parte, que adquirir conocimientos científicos en constante evolución, y por otra parte, entrar en el engranaje que lo hace un «funcionario», vale decir, el hombre que debe pensar a través de un expediente, lo que equivale a decir en cadena.

ASISTENCIA LIBRE

Mucho se ha discutido en todos los tiempos sobre la ventaja e inconvenientes de la proletarización del médico. No es hora ésta de renovar esas discusiones sobre las cuales no pocos volúmenes hay en los anaqueles médicos. El problema se reduce a saber si los sistemas de *asistencia libre,* en la cual cada enfermo cuida de su salud, satisface las actuales necesidades de la colectividad, la que, por los sistemas de seguros sociales, de subsidios por ausentismo, etc., exige garantizar el máximum de salud.

Los hechos han demostrado que cuando se deja al individuo la responsabilidad de organizar su propia asistencia, ésta se hace deficiente, y al final debe pagar toda la colectividad el producto de esa mala organización. Las ausencias en el trabajo; la muerte prematura que desorganiza a la familia obrera; la invalidez prematura del padre que obliga al trabajo de los hijos, a la deserción

escolar, al trabajo de la mujer y al pago de jubilaciones; los asilos y hospitales de inválidos; la paternidad tarada creando débiles mentales e inadaptables sociales; todo ello cuesta un precio muy superior por cierto al que importa la organización del mejor servicio médico-social. Aun dentro de organizaciones de carácter social, el hecho se repite; tal el caso ocurrido en las *Cajas de Seguros* en Alemania, donde los obreros de salarios más reducidos utilizaban menos el servicio de enfermedad, verdadera incongruencia, desde que lo lógico sería lo contrario. La explicación es dada por el hecho de que los subsidios por enfermedad de estos obreros, que eran la mitad del jornal normal, no les alcanzaban para vivir y preferían concurrir enfermos al trabajo. Que ello es así lo demuestra la cifra de mortalidad en esos grupos sociales *que aparentan enfermarse menos, pero que mueren más.* Pagan así con la vida los errores hechos en su salud.

Por otra parte, los desniveles demográficos tan violentos en las distintas clases sociales ponen a la vista de la Higiene un estado de injusticia que exige ser reparado. Al pretender que el pobre tenga las mismas posibilidades de atender su salud que el pudiente, la Higiene se convierte en una ciencia democrática por excelencia desde que tiende a nivelar las clases sociales en el terreno de la salud.

EVOLUCIÓN SANITARIA

Hasta principios de este siglo, la principal actividad médica era contra las enfermedades infecciosas. El 60 % de las muertes se debía a causas infecciosas y pestilenciales. Frente a éstas, sólo cabían dos actividades del médico: por un lado, la *acción sanitaria,* defendiendo las fronteras de la salud, internas y externas, por medio del diagnóstico precoz, con la denuncia, el aislamiento, la desinfección. Por otra parte, la *acción individual,* inmunizando particularmente a cada miembro de la colectividad.

Con la reducción a una cifra sin importancia de las enfermedades infecciosas, se inicia con este siglo la *Era Social.* Ya aquí tienen más valor los «medios» que rodean al individuo como causa de la enfermedad que las causas directas mismas. Mejorar la vivienda; el salario; la alimentación; capacitar a las masas técnica y económicamente, son desde este momento los ideales de la Higiene. Casi todo esto se realiza por medio de la legislación, y ella toma especial impulso después de 1918 con la creación de la Oficina Internacional del Trabajo que propulsa la legislación obrera en todos los terrenos.

Desde este momento, las enfermedades adquieren lo que se llama «un componente social» en contra del «componente infeccioso» que tenían en otra época. El «factor social» como causante

de las alteraciones de salud, desliga al individuo de su responsabilidad desde que no tiene la culpa de causas que él no puede eliminar.

La medicina social parte del principio de la incapacidad del individuo para controlar su salud en razón del hecho de que está fuera de sus posibilidades. Y agrega a esto el hecho de que al cargar la sociedad con los destrozos de un mal sistema asistencial, se convierte la curación en un deber colectivo: el simple control no basta, hay que hacer el tratamiento compulsivo.

MEDICINA EN EQUIPOS

No hay manera de compaginar la existencia de una *profesión médica libre* con los sistemas colectivos de vigilancia de la salud, y sólo la organización de la *medicina de equipos* es la que mejor se adapta a los hechos actuales. En la actividad médica, al lado de la *curación* se ha hecho sentir cada vez más la necesidad de la *prevención*: la fórmula «profilaxis por el tratamiento» es la que encierra la idea madre de la *medicina preventiva.* La función preventiva y curativa se complementan y se ayudan entre sí.

Hay, pues, exigencias esenciales para la sociedad, las que no pueden cumplirse sino chocando con la posición libre del médico.

SEMISOCIALIZACIÓN

Sólo puede salvarse la dignidad médica en las formas de proletarización mejorando la remuneración del médico y dejando que éste tenga una libertad profesional para que pueda emularse autoespontáneamente, teniendo contacto con las asociaciones científicas, con servicios hospitalarios y con cátedras universitarias. Semioficializando la medicina, vale decir, comprándole al médico una parte de su tiempo de trabajo, se puede cumplir con los dos principios aparentemente antagónicos, de que el médico sea libre y sea proletarizado, simultáneamente.

LIBRE ELECCION

Conviene destacar, por otra parte, que el problema que se ha planteado de evitar la imposición de un médico dejando como básico el principio de la «libre elección» puede ser organizado permitiendo en los distintos distritos el *registro voluntario* de todos los médicos de la zona si así lo desean, de modo que el enfermo tiene una cierta libertad para optar dentro de las limitaciones que le impone una lista (pannel) de médicos.

REMUNERACION

He aquí otra cuestión, un tercer problema sobre el que se han producido no pocos conflictos gremiales entre médicos y cajas de seguros, y es la forma de la retribución de los mismos. Si se hace por sueldo, el médico en general tiende a efectuar exámenes superficiales, y el factor psicológico de la asis-

tencia desaparece al pensar el enfermo que no se le atiende con dedicación. Si, por el contrario, se le paga a tanto por visita, tiende a multiplicar su asistencia, con lo cual encarecen los sistemas de atención colectiva.

El llamado en Alemania «sistema de Leipzig» consiste en tratar colectivamente con un tanto al conjunto de los asistidos y dejar que los médicos se repartan entre ellos lo que en justicia corresponde a cada uno, de acuerdo a la cantidad de enfermos inscriptos en los registros, o a la cantidad de visitas hechas por cada uno, controladas por los médicos mismos: este sistema se ha mostrado como el mejor, después de una experiencia de 60 años.

Los sistemas de *socialización completa* de la medicina (implantados en algunos países) se han mostrado contrarios al progreso profesional y contrarios a una eficiente asistencia. En cambio, los de semisocialización de la medicina que dejan *libertad al enfermo para elegir su médico y libertad al médico para tener enfermos,* ha demostrado ser el más adecuado para los tiempos que vivimos.

SOCIALIZACIÓN MÉDICA

Para muchos, la palabra *socialización* no es sino un simple cambio en las formas de posesión. La socialización debe entenderse, más que un cambio en la forma de posesión, un cambio en la utilización de los bienes. «Socializar» no es lo mismo que «propietarizar». Se socializa un servicio por el hecho de que él sea prestado como una finalidad social y sin un propósito de beneficio económico. En este sentido, los sistemas que tienden a convertir al médico en un agente de la colectividad en el terreno de la salud, son los que más se acercan a un sentido social.

Una profesión es socializada si en ella se trabaja:

1.º — Para la comunidad y no para el interés personal;

2.º — Para la necesidad y no para el mercado;

3.º — En común.

Por el primer punto, el médico deja de trabajar en interés propio y lo hace para una comunidad que le asegura en todo o en parte su existencia. El segundo punto significa que se emplearán tantos médicos cuantos convengan al interés de la comunidad.

En un sistema de socialización completa, se limitará el número de médicos así como se limita el número de militares, lo cual termina con la anarquía de la profesión médica, en la que, mientras una minoría de afortunados vive con dignidad, otros deben proletarizarse y vivir como puedan. Los sistemas de semisocialización

corrigen en parte la anarquía actual, y como un régimen de transición, permiten llevar médicos a zonas en que no existen y cuya existencia económica no esté librada al azar.

TRABAJO EN COMÚN

El tercer punto, el del trabajo en común, no tan sólo importa por razón de una mejor organización, sino porque esa forma de trabajo representa una superación técnica con respecto a la individual, da rendimientos superiores, despierta y fomenta el sentido de cooperación y es opuesto a los sistemas individualistas de fuerte contenido egoísta. Solamente el trabajo en común puede cambiar el concepto de la vida del hombre. Todos los sistemas individuales del trabajo se basan en el egoísmo, y la felicidad que se obtiene es siempre a cuenta de otros. Los *trabajos en equipo* desplazan el sentido del éxito individual por un sentido social, y se le quita al esfuerzo el carácter egoísta que es siempre la base de los sistemas de explotación humana. No es necesario ser idealista para aceptar los sistemas colectivos del trabajo, porque el concepto de la ayuda mutua y de la colaboración se imponen en forma incontenible, en la hora actual, como una finalidad práctica y fecunda; de ahí que se deberá procurar conseguir que nuestros jóvenes se hagan hombres fuertes, espiritual y físicamente, pero que no vayan en el libre ejercicio de sus capacidades más allá de donde el respeto mutuo lo exige.

SOCIALIZACIÓN Y OFICIALIZACIÓN

No entendemos tampoco que la *socialización* se ha de hacer por la vía de la *oficialización* en la cual intervenga el poder público siempre como patrón. Una mutualidad o una cooperativa contrata servicios individuales que los socializa sin oficializarlos. Allí donde grupos de individuos hayan adquirido la capacidad de poder independizarse económicamente para comercializar sus propios consumos, debe ser misión oficial la de dejar libre esa relación voluntaria. Justamente en Alemania el triunfo del *Seguro de Enfermedad* se hizo utilizando las mutualidades existentes (de fábricas, de gremios, regionales, seccionales,etc.), y dándolés a las mismas toda la ayuda posible. *Médico socializado* no significa siempre *médico oficializado*. El médico socializado hace un trabajo en parte con otros médicos y en parte con el pueblo: vive de esa colaboración. Se ha dicho muchas veces que el *médico oficializado* tenía por lema «todo para el pueblo y nada con el pueblo». Las formas de semisocialización de la medicina parten del principio de una estrecha colaboración entre médico y enfermo, y en lo posible dejan que el enfermo mismo organice libremente, dentro de moldes legales, las formas asistenciales. El lema de este trabajo es «*que la defensa de la salud de la clase obrera debe ser la obra de capacitación de los obreros mismos*».

NUEVA ORGANIZACION

Debemos recordar que vivimos en una época de transición, en la cual necesariamente los organismos a crearse deben tener siempre restos de las épocas que desaparecen, pero siempre perfeccionándolos para que la evolución signifique progreso; es nuestro propósito fundamental y sólo su aplicación integral hará eficiente esta gestión.

Al organizar prácticamente el trabajo médico se hace indispensable extremar los medios para la asistencia abierta, ya sea en consultorios ya sea en los domicilios de los propios asistidos.

No desconocemos, sin embargo, el hecho de que los médicos, por múltiples razones, tienen tendencia a hospitalizar los enfermos en número muy superior a las indicaciones reales, con lo que se encarece notablemente la asistencia. Si un objetivo importante debe tener este tipo de asistencia es justamente evitar al máximo, compatible con su buen tratamiento, que el enfermo sea internado; para ello los médicos deben estar bien compenetrados de su misión asistencial y se les debe proveer de todos los elementos necesarios para que la misma se realice en las mejores condiciones posibles. Es así que, llegado el caso, puedan disponer hasta de un vehículo que alivie el esfuerzo físico. No obstante, la fiscalización oficial sobre este asunto deberá ser rigurosa, pues la tendencia antes enunciada no es fácil de anular.

SOCIALIZACIÓN Y SERVICIO SOCIAL

Si pudiéramos emplear una fórmula, diríamos que los sistemas médicos colectivistas pueden tomar dos aspectos: 1.°, aquellos en que la sociedad absorbe por completo el fondo y la forma de la actividad médica, casos en que puede hablarse con propiedad de *socialización de la medicina.* 2.°, aquellos en que sirve el médico a propósitos sociales utilizando sistemas sociales: casos en que puede decirse que la *medicina es un servicio social.* Ambas formas son expresiones de un socialismo: la primera absoluto; la segunda, relativo.

La organización de la medicina como un *servicio social* ha permitido en las instituciones hospitalarias modernas concentrar la atención de grandes masas y disponer de instalaciones que la medicina particular no puede tener. El *trabajo en equipo* permite la mayor cooperación y el mayor control técnico de los médicos entre si, y estos sistemas se han demostrado muy eficaces para conseguir el mejoramiento de la calidad intelectual del profesional ya recibido. Justamente, una de las razones que incita a la construcción de «monobloks» hospitalarios en vez de los sistemas antiguos de servicios aislados e inconexos, es que en éstos se forma lo que el eminente profesor *Chutro* llamó el «médico solitario»,

es decir, el hombre que no tiene más control técnico que el de su autodeterminación de especialista y pierde el de sus compañeros.

Espontáneamente y por un determinismo ineludible, la acción del médico ha ido pasando de su consultorio al hospital o *Casa de Salud,* y de ésta al *Centro de Salud* que es el organismo técnico de asistencia integral en nuestros tiempos.

CÓMO OBTENER LA LIBRE ELECCIÓN

Sin perjuicio de lo que más adelante diremos en esta materia corresponde manifestar que no se nos escapa una objeción muy importante al sistema que propugnamos y es la de que los enfermos no están en libertad para elegir sus médicos; la experiencia de otros países, donde se planteó el asunto, nos permitirá, en parte, sortear la dificultad; la incorporación de un cierto número de profesionales a tareas de esta naturaleza hará posible, dentro de ciertos límites, la libre elección del médico por el enfermo; con los nombres de los mismos se hará la «lista» de los médicos del barrio, parroquia o circunscripción. Se debe reconocer, sin embargo, que la objeción es más de forma que de fondo, toda vez que ningún enfermo, en los momentos actuales, puede ser íntegramente asistido por un solo médico, siendo imprescindible la intervención de numerosos especialistas cuya elección, naturalmente, no se podrá efectuar libremente; este tipo de asistencia por equipos, desdibuja, indudablemente, la concepción del médico único y vuelve inútil la libre elección. Por otra parte, si en un barrio existe, digamos, un profesional de este tipo (Médico de Familia) por cada 1.500 habitantes y el barrio tiene, supongamos, 20.000 habitantes, es evidente que la libre elección está regularmente asegurada, y buscar un médico de otro barrio ya no es cuestión de confianza sino de capricho.

Además, en el hospital tampoco el enfermo elige su médico, y no por ello un sistema basado en esta imposición deja de ser técnicamente útil. Salvar el criterio de la *libre elección* debe ser el esfuerzo a realizar para evitarnos toda esa serie de luchas y conflictos que han levantado los sentimientos médicos por largo tiempo contra los sistemas colectivistas de asistencia. Tampoco en los sistemas de *profesión libre* existe el derecho a elegir sin límite, desde que las tarifas de algunos profesores son excluyentes, y aun teniendo el deseo de ser asistidos por ellos, no se tiene cómo hacerlo. Asimismo, donde la dificultad se ha presentado, no ha habido en realidad problema, y todas las objeciones hechas, más lo han sido en el pensamiento de los amigos de discutir teorizaciones que en tomar la realidad tal cual es.

BIOESTADÍSTICA

Desde que al enfermo se le podrá seguir estadísticamente y no como sucede en nuestros días en que algunos deambulan con sus dolencias para ir a morir en un sitio distinto de aquel en que fueron tratados inicialmente y que muchas veces fue anotado como un éxito a pesar de su fracaso ulterior; nos acercaremos asi a los hechos reales. Muchas veces se habla en materia de *cáncer* de éxitos intervencionistas que la intuición médica no justifica ni la estadística confirma. Las observaciones de las compañías de *seguro de vida* dicen que la mortalidad entre los *amigdalectomizados* por *reumatismo* es mayor entre los no operados; que la mortalidad entre los *colecistectomizados* es seis veces mayor que en los no intervenidos; que la de los operados de *úlceras de estómago y duodeno* es mayor que los tratados clínicamente. No obstante ese conocimiento estadístico hecho sobre decenas de miles de casos, se siguen aconsejando las operaciones de una manera precoz, ignorando que los pocos éxitos aparentes y momentáneos ocultan la realidad de un balance nada alentador.

LIBRETA SANITARIA

La Libreta Sanitaria demuestra ser una contabilidad estadística de primer orden para darle a la medicina cada vez más carácter de ciencia que de arte. Así como la *astrología* pasó a ser *astronomía* cuando la medición de los fenómenos celestes pudo hacerse, así también el *arte* médico dejará paso a la *ciencia* cuando ésta fundamente sus acciones en hechos contabilizados estadísticamente. La Libreta Sanitaria permite seguir al individuo desde su cuna hasta el instante postrero. Da a conocer los hechos médicos de la infancia que pueden preparar una futura invalidez, como asimismo los *factores hereditarios,* las *diátesis e idiosincrasias,* con lo que se protege a las gentes de intervenciones o tratamientos perjudiciales; ilustra al médico sobre las infecciones padecidas y sobre el terreno biológico; facilita los diagnósticos actuales al dar el conocimiento de los órganos, aparatos o sistemas más afectados por el pasado vital y asienta sobre bases racionales el pronóstico médico. Ese hecho imponderable de tan difícil posesión y de gran importancia, permite la asistencia del enfermo por cualquier médico y no únicamente por *su* médico. Es también un valioso elemento de educación sanitaria, pues allí encontrará la población todos aquellos conocimientos médicos generales que le interesan y pueden afectarla directamente, incitando en sus poseedores a un cuidado más eficiente de su salud y de la de sus familiares, con la orientación adecuada de los hechos.

MÉDICO FUNCIONARIO — MÉDICO SOCIALIZADO

El concepto del «*Médico Funcionario*» sufre la evolución de los tiempos y necesariamente tenemos que llegar al de «*Médico*

Socializado». El Médico Funcionario cumple una labor de policía sanitaria que, como toda función de policía, es naturalmente poco simpática. Este tipo de profesional pierde el contacto con el enfermo y, como consecuencia, se burocratiza absorbido por su tarea administrativa y perjudica su preparación técnica y científica por esas razones. Es el caso de los médicos escolares, de los leprólogos, venereólogos, médicos de fábricas, etc., que controlan el estado de salud o enfermedad de los grupos correspondientes y cuya asistencia no llega a realizar casi nunca. Por tales motivos es necesario librar a los Médicos Funcionarios de tareas administrativas infecundas, volverlo al contacto del enfermo y del problema médico; ello lo alejará de la rutina, del expedienteo y del mando sin autoridad técnica y científica y lo volverá al seno de la actividad de su predilección con beneficio evidente para todos. Lo convertirá, pues, en un Médico Socializado y esto, no sólo desde el punto de vista de las condiciones en que trabaja, sino también de las condiciones cómo y con quién trabaje; vale decir, será un agente de Medicina Social, concepto evolutivo eminente de la salud pública.

CENTRO DE SALUD

Como consecuencia de esta concepción, surge un nuevo organismo oficial: el «Centro de Salud», en cierta manera un eslabón evolutivo del Dispensario, pero en donde la Bioestadística y el Servicio Social dominan en su organización y la Medicina Preventiva es su prestación básica.

Los *Centros de Salud* no hacen perder ni al médico ni a sus enfermos el carácter de *ente social* que tienen, y al no perder las características de médico de familia, armoniza el contralor con la asistencia. De allí que en el viejo *Seguro Social* se han mantenido las *cajas gremiales* y aun *las cajas de empresas* o *fábricas* para que tengan el carácter familiar de entidades unidas al asistido como una «alma mater», evitándose en los grandes centros las policlínicas indiferenciadas que huelen más a oficialismo que a socialismo.

CARIDAD — ASISTENCIA — PREVISIÓN

Las llamadas *Leyes de Pobres* que existen en Alemania desde la época de Lutero, y en Inglaterra desde la Reina Isabel, imponen a las comunas la obligación de asistir gratuítamente a sus pobres. De una u otra manera, este sistema ha persistido en todos los pueblos de Europa, y en nuestro país, la misma *Ciudad de Buenos Aires* tenía a fines del siglo pasado en cada barrio el Médico de Pobres, institución que fué desapareciendo cuando los caminos permitieron el traslado a los hospitales y la atención domiciliaria fue remplazada por el servicio de urgencia.

En los tiempos que vivimos, los pobres no han desaparecido, pero los sistemas de atención basados en la limosna, han sido substituídos por los basados en la asistencia. La *caridad,* como sentimiento de «ayuda al prójimo por amor a Dios», persiste y persistirá por todos los tiempos, igual que la *beneficencia* que es la organización pública de la caridad. La *caridad* como sentimiento, no puede ser discutida, aun cuando la *asistencia* como un concepto civil, se da como una obligación y se reclama como un derecho, no teniendo en el fondo sentido espiritual.

Las leyes del *seguro social* están cambiando en todas partes los sistemas basados en la *caridad* o en la *asistencia,* organizando los llamados *regímenes de previsión.* La organización del *Seguro de Enfermedad* ha hecho pasar el grueso de la clase no pudiente, dentro de estos nuevos sistemas, arrancándosela a las formas primitivas de asistencia. Allí donde el *Seguro de Enfermedad* se extiende a la familia obrera, el 70 % de la masa incapacitada económicamente no necesita de los sistemas basados en la limosna. Nuestro país, que recién se abre a estas leyes de previsión organizando regímenes especiales para ferroviarios y regímenes parciales por el *Decreto - Ley de Medicina Preventiva y Curativa* (asistencia tan sólo de las enfermedades de tendencia invalidizante), exigirá en adelante un esfuerzo máximo para organizar más sistemas asistenciales, tanto en los grandes centros como en los medios alejados. La organización de la *Medicina Preventiva y Curativa,* cuyo desarrollo puede leerse más adelante, la organización del *Seguro de Maternidad,* cuyos alcances también pueden leerse en el capítulo respectivo, y la organización del Seguro de Accidentes, cuyo valor igualmente se desarrolla en otra parte, obligará a montar, por vía de la *Previsión Social,* una máquina asistencial formidable, la cual podrá ponerse en marcha dentro de poco tiempo y montar completamente en menos de 10 años, a poco que los esfuerzos que ya se han iniciado, continúen.

Estamos, así, frente a un cambio en los sistemas asistenciales que nos permite afirmar que en este terreno todos los progresos futuros tendrán que ser realizados dentro de las bases de la *Previsión Social.* Sin dejarse por esto de socializar la medicina, ella no tendrá, sino en forma indirecta, un carácter de oficialización, desde que serán organismos autónomos, independientes, los que dirigirán tanto el planteo como la obra efectiva que se realiza.

ASISTENCIA OFICIAL

Restan sectores de la sanidad, los cuales permanecerán siempre ligados a los sistemas asistenciales oficiales. El 30 % de la masa obrera, no ligada a regímenes de previsión, tendrá que recurrir en nuestro país, como sucede en todos, a sistemas oficiales.

La misma vigilancia de la salud en los medios escolares, universitarios y especialmente toda la obra de *Medicina Preventiva* que puede hacerse en la edad de la conscripción,correrán siempre a cargo del Estado.

COORDINACIÓN

El esfuerzo sanitario en el futuro será el de coordinar las obras de previsión con las de asistencia. Este problema ya se plantea de inmediato y es contemplado en el planeamiento de la *Ley de Medicina Preventiva y Curativa.* Para explicarlo acabadamente, nada mejor que un ejemplo: supongamos una ciudad de mediana importancia con gran actividad industrial y el corolario de una considerable población obrera. Allí, naturalmente, existen desde hace tiempo hospitales, dispensarios, maternidades, salas cunas, etc.; cada uno de estos establecimientos desarrolla su labor independientemente, a pesar de que muchos de ellos dependen de un mismo organismo estatal. La *asistencia o medicina integral,* tal como la expusimos anteriormente, supone añadir a lo ya existente en nuestro ejemplo las instituciones de Previsión y Asistencia Social y luego coordinar el conjunto de manera que los beneficios que se obtengan en los servicios de Medicina Preventiva no se invaliden por una asistencia curativa insuficiente en calidad o cantidad, o bien que el Servicio Social no tome conocimiento de los hechos que le interesan y les preste la atención correspondiente, al mismo tiempo que sus dependencias de *estadísticas vitales* saquen las conclusiones del caso y la autoridad sanitaria reciba de vuelta las sugestiones sobre lo que debe hacerse y el resultado final de lo que se está haciendo.

SEGURIDAD SOCIAL

En cierta manera, estos hechos predisponen en favor del sistema creado por Roossevelt en EE. UU. en 1935, llamado de *Seguridad Social* y que está haciendo escuela en Inglaterra con el plan de *Beveridge.* La *Seguridad Social* une en una misma caja las obras de *previsión* y las de *asistencia.* Habiendo un fondo común y una autoridad común, se evitan los viejos artificios del *Seguro Social* que se esfuerzan en limitar hasta donde llega el *seguro* y desde donde empieza la *asistencia.* País el nuestro que en esta materia aun no ha resuelto los problemas ligados al *Seguro de Enfermedad,* haremos bien en cambiar nuestra ideología, y en lugar de persistir en la idea de remachar el *Seguro Social* como una entidad aparte, fijar desde ya el rumbo en el sentido de la unificación.

MÉDICO DE FAMILIA

Al organizar un sistema asistencial basado en el *Médico de Familia* hay que eludir los viejos procedimientos del «médico-fun-

cionario», empleado a sueldo. *Socialismo médico* no es lo mismo que *oficialismo médico*. Hay que dar oportunidad para que todo médico pueda ingresar a la organización si así lo desea, y para que todo enfermo pueda elegir, dentro de los inscriptos sin limitación de la voluntad, tanto en uno como en otro caso.

Pero es preciso reconocer que si esto es posible, con tal amplitud en los grandes centros urbanos, ello no podrá ocurrir en las ciudades pequeñas, en los pueblos, distritos rurales y fronterizos, donde la radicación y fijación de los Médicos de Familia forzozamente desplazados, por lo menos en parte, de los conglomerados más importantes, sólo va a ser posible si se asegura una existencia económicamente holgada, lo que únicamente se podrá lograr con un sueldo remunerador y con el carácter de Médico Funcionario. En este terreno debemos pensar, no tanto en la población de las grandes ciudades que en general puede admitirse goza de una asistencia aceptable, sino en áquel sector de los pequeños poblados y del campo que nuestra característica de país de gran extensión y reducida población, condena al abandono y es el que más necesitado está de asistencia de todo género.

La implantación del sistema deberá comenzar, por lo tanto, por esos núcleos y gradualmente extenderse a los núcleos más importantes; ello también tendrá la ventaja de apreciar las dificultades e inconvenientes que se presenten, haciéndose la experiencia, muy necesaria, cuando se llegue a las ciudades grandes. Aquí la índole del problema es distinta y por consiguiente diferentes las soluciones.

OBJECIONES AL SISTEMA COLECTIVISTA

En cuanto a las objeciones que pueden hacerse a que en los sistemas de *asistencia colectivista* el médico reduce su atención a una simple fórmula, es un pensamiento que no puede generalizarse. En todas las épocas y en todos los trabajos hay quienes dedican sus mejores esfuerzos y quienes los cumplen sin voluntad: es una ley de la vida que ni el interés a veces hace modificar. En general, la profesión médica ha mostrado siempre tener sentimientos altruistas y ha señalado con grandes ejemplos de desprendimiento cómo puede atender aún sin retribución. Las mismas tareas universitarias exigen dedicación y competencia que están por cierto muy lejos de ser retribuídas y no obstante ello son muchos cientos los médicos que se dedican al ejercicio de cátedras universitarias sin esperar lucrar en ellas. En realidad, no se le pide al médico socializado que tenga un idealismo exagerado de su profesión, y tan sólo se le exigen las cualidades que todo hombre correcto debe tener para el cumplimiento de su deber, que actúe con amabilidad, en forma humana y con un cierto desinterés compatible con su asistencia.

La formación técnica y científica de los futuros médicos es, desde luego, de capital importancia, pero su formación espiritual no lo es menos. Se ha dicho más de una vez que los estudiantes de medicina debían, antes de iniciar su carrera, cumplir tareas de *enfermero* durante un año a fin de poner a prueba su vocación; no olvidemos que también la Iglesia impone para sus distintas órdenes, riguroso noviciado que aleja o elimina a los oportunistas. Son éstos dos ejemplos que deberán tenerse muy en cuenta, a medida que el sentido de la comercialización se va haciendo cada vez más carne en grupos limitados de profesionales que han equivocado su carrera. Sacarle al arte médico su sentido afectivo es quitarle la mitad de su valor espiritual. Quien inicie estos estudios con la idea puesta sólo en el interés, debe saber de mil maneras que hay otras actividades sociales que con la misma inteligencia reditúan más: el honor de ser médico es un honor que no lo tienen otras profesiones u oficios aun cuando éstos sean más lucrativos. Habrá que buscar las medidas conducentes a que el estudiante, antes de iniciar su ingreso a la Facultad, sepa que es una profesión que exigirá un mínimun de sacrificios, aunque sea para tener la virtud de dedicar al estudio las horas que otros dedican a distracciones intrascendentes. Sin esta depuración moral del estudiantado, todos los sistemas de *socialización médica* pueden ser llevados a la corta o a la larga al borde del fracaso.

En cuanto a que el interés por las investigaciones y el adelanto científico esté relacionado con el ejercicio de una profesión libre, ello no es exato en términos absolutos. El que tenga vocación lo hará con obligación o sin ella, y cabe esperar que nuevas vías se abran al progreso basado en otros principios. La investigación médica, comercial, hecha por grandes institutos— en otros países— ha llevado al descubrimiento de los hechos médicos más nuevos, siempre realizados con la vista puesta en la industrialización de los mismos. Estas grandes casas pueden pagar los mejores sueldos en la esperanza de que cualquiera innovación las compense con creces en sus esfuerzos. Aunque sea pensando en este solo hecho, hay que creer en el progreso futuro de la ciencia, y al final, será posible que las Universidades se conviertan en simples escuelas de formación técnica, y de aplicadores de los hechos descubiertos por la medicina comercial. La libertad, no obstante, en estos casos es relativa.

No puede sostenerse con fundamento que la socialización anule la iniciativa personal en el terreno de la investigación. En todo hombre hay siempre, aunque sea poco, un espíritu de investigación que procura constantemente llevar adelante, sea para destacarse, hacer bien o aun obtener algún provecho personal. En el caso de los hombres de excepción, esto es aún más evidente, pues como se ha dicho, «son seres puestos por el destino y que realizan sus ideales aun en contra del medio en que actúan».

EVOLUCIÓN GRADUAL Y RÁPIDA

La medicina evoluciona, por razones ajenas a los hombres, hacia una socialización. El día que ello se cumpla, la organización médica del futuro tendrá, no solamente deberes económicos y éticos, sino también, científicos. Ya no será una organización profesional, sino una organización de trabajo, y habrá llegado con su idealismo asclepiano a la cumbre, la cual hoy no puede alcanzarse a causa de la lucha que el médico tiene que soportar para obtener su sustento.

El movimiento a que asimismo, de tendencia constante a una *socialización médica*, no es, por cierto, el producto de un pensamiento doctrinario que aspira a modificar la sociedad basado en principios de nueva justicia. No. Es la consecuencia de un *proceso de evolución* en las instituciones que reclaman nuevas formas de acción médica: Si amos hacia un socialismo médico lo es a pesar de todas las doctrinas, y lo que debemos procurar es que esos cambios se hagan en etapas intermedias que permitan ir adaptando la personalidad humana a los nuevos hechos. Queremos crear «estructuras de tránsito» que conserven algo de lo viejo y mucho de lo nuevo. Pero, a la inversa de lo que se ha hecho hasta ahora, en que las grandes modificaciones se han empezado siempre por los centros más poblados, debemos empezar a introducir la *medicina de equipo* y la *semisocialización* de los servicios en las zonas del país que hasta ahora cuentan con estructuras pobres, o con nada, y allí será donde cualquier forma médica, no chocando con los intereses existentes, hará que todo lo nuevo sea bien recibido.

FACTORES DE LA REALIZACIÓN

Toda estructuración médica nueva destinada a ampliar servicios, demanda ingentes sumas públicas que sabemos cuán difícil resulta obtenerlas. Pero la circunstancia feliz de que iniciamos una era con un sentido político nuevo, netamente popular, y que se crean por primera vez las estructuras del *Seguro Social*, allana la posibilidad de realizar un plan, teniendo los dos elementos que se necesitan: *ideas y dinero*. En este sentido, debemos hacer carne en los hombres que tengan una influencia dirigente social (gobernantes, periodistas, directores sindicales, etc.) *que todos los sistemas de subsidiación que el seguro pueda crear deben tener siempre, como meta inmediata, elevar el nivel de salud de la familia argentina*. Las mejoras en salarios y las previsiones de los riesgos sociales no presenten etapas evolutivas, sino cuando tienen el firme basamento de la salud detrás de ellos. En ese sentido, puede decirse que el *Plan Quinquenal* tendrá una mística, y es la de mejorar la *calidad y cantidad* de nuestra población: mejorar la salud y mejorar la natalidad argentina son las dos metas actuales de la Me-

dicina Social. No olvidemos, sin embargo, que la salud es sólo un medio para que los individuos lleguen al goce pleno de la vida, como dice R. Sand.

Desde 1919, en que se creó la *Caja de Ferroviarios* (Ley 10.650), que tuvo un sentido obrero evidente, se ha estado jubilando por invalidez, subsidiando la vejez fisiológica, la viudez y la orfandad, sin pensar resolver los problemas médicos que tales subsidios representan. Se necesita llegar al 15 de noviembre de 1944, es decir, un cuarto de siglo, para que recién estos ideales sanitarios sean reconocidos y la nueva mística de la salud se incorpore a las leyes sociales.

Todas las leyes que se dicten deben tener esa mística como suprema meta. *La Ley de la Vivienda* ya lo tiene implícitamente, porque todo hogar mejorado en su hacinamiento o disminuído en su costo, representa otras tantas unidades potenciales de salud física y moral salvadas para la colectividad. *Las Leyes de salarios Familiares* adquirirán ese sentido social, si al crear las *Cajas de Compensación* éstas subsidian la prole, el casamiento, la natalidad, la lactancia e incluso la tenencia de ancianos, y si a esos subsidios se les da una finalidad eugenésica y protectora de la infancia. Todo lo que sea mejorar el binomio madre-hijo serán otros tantos esfuerzos creadores de salud potenciales en la colectividad. Pueden aumentarse los salarios cuanto se quiera, pero si carecen de esa mística,la salud de las clases obreras no habra ganado nada.

Si tomamos en cuenta el nivel de los *salarios nominales y reales* de 1900 y de nuestros días, veremos que se han más que duplicado, y ello no tan sólo en números, sino también en factores de comodidad que nuestras clases no pudientes tienen: el «tipo medio» de vida de nuestro proletariado de hoy, en cuanto a elementos de comodidad (mejor vestido, alimentación, alojamiento, etc.), es más que el doble del que tenía a principios de este siglo. Pero en verdad, al no haber mejorado las condiciones de su asistencia y la previsión de sus servicios médicos, no podemos decir que esa duplicación de salarios haya servido a una mejora en la salud. Si ésta se ha hecho lo ha sido a pesar de la forma como los salarios son invertidos, en razón del progreso general (aguas corrientes, urbanismo, vacunación colectiva, etc.) en materia de higiene pública y a un nivel cultural necesariamente más elevado.

Debemos propender a que esa *mística sanitaria entre como* un factor en la nueva organización legal que se de a las condiciones de trabajo, y que toda ley lleve como suprema finalidad la protección integral del individuo y de la familia en el terreno de la salud.

Planeada la *seguridad social* como un idealismo de esta hora, estamos en condiciones casi puestas por el destino para asistir al planeamiento sanitario de una nueva era que por un determinismo, ajeno a nosotros mismos, junte en el terreno de la salud los dos factores de una nueva estructuración, cuales son los recursos y las ideas.

IMITAR PRUDENTEMENTE Y NO INNOVAR

No precisamos tampoco en este terreno forzarnos en inventar estructuras propias: nada tan peligroso como las improvisaciones que no se basen en la experiencia. Países que han hecho antes que nosotros modificaciones tan fundamentales en sus regímenes asistenciales y que varían desde la semisocialización a la socialización total, nos deparan una experiencia que debemos aprovechar, y desde ya lo prudente será seguir la huella por la cual marchan esos otros pueblos que se nos adelantan.

Pero al aplicar la experiencia por otros adquirida, se impone un trabajo delicado y dificultoso de adaptación a nuestra idiosincrasia de pueblo nuevo y en formación, con sus características tan propias, de orden geográfico, etnográfico, religioso, político y social, que obligan a que, a nuestra vez, formemos la experiencia nacional.

El deber de una época de transición es el de saber imbricar los dos sistemas médicos que actualmente conviven de una manera espontánea: el del régimen libre de trabajo y el del régimen médico asalariado. A medida que crezca la masa de médicos incorporados a los sistemas colectivos de asistencia, disminuirá espontáneamente la de médicos que trabajan en forma libre, y podría repetirse en el terreno de la salud la experiencia australiana, en la cual, sin haber doctrinarios del socialismo, se hizo un socialismo en todos los órdenes de la actividad pública: de allí que *Metin* escribiera en días lejanos su célebre libro «El Socialismo sin Doctrina» cuyo solo nombre ya tiene toda una significación.

GASTOS Y BENEFICIOS

La objeción de los gastos que puedan representar los nuevos programas de *socialización médica* queda anulada cuando se balancean simultáneamente los beneficios. Al final señalaremos en números las ventajas económicas que todo plan sanitario siempre trae. Hacer esta objeción en nuestros días, es repetir los argumentos que se formularon cuando se proyectaron las primeras obras de higiene pública. Asegurar abastos incontaminados y suficientes de aguas corrientes, servicios adecuados de alejamiento de aguas servidas y de residuos, sanear los ambientes de las ciudades y especialmente los fabriles, en su hora originaron gastos contra los

que se levantaron muchas opiniones; pero las obras contestaron por sí mismas esas objeciones devolviendo en vidas salvadas de la enfermedad, invalidez y muerte, con creces, las inversiones realizadas. No en vano iniciamos hoy los estudios de *Ingeniería Sanitaria* recordando la experiencia de *Mills-Reinke y el Teorema de Hazen*, que dicen, «que todo lo que se invierte en sanidad, extiende su influencia redituante a aspectos más amplios hacia los cuales se proyectan».

Por otra parte, la experiencia de la *Compañía Metropolitana de Seguros de Vida de Nueva York* que se señala en todos los libros, es terminante a este respecto. En un programa de acción sanitaria hecho en 25 años invierte 32 millones de pesos ($ 32.000.000) en obras destinadas a la salud de los poseedores de sus pólizas, y encuentran que salvan a 314.773 personas aseguradas, con lo cual se ahorran 75 millones de pesos ($ 75.000.000) de siniestros no pagados. Esta compañía ha puesto el problema de la salud en lo que en EE. UU. llaman *línea de negocio*. Toda inversión en esta materia es redituante. Si ello puede serlo para una empresa comercial, cuánto más no lo será para una nación en la cual todos los gastos que se hagan en esta materia, cualquiera sea su monto, beneficiará la masa general de la población.

LOS PROFESIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS Y RAMAS AUXILIARES

Hasta ahora hemos hablado repetidamente del *problema médico* dentro de la salud y hemos dejado de lado a todos los colaboradores que intervienen en estos problemas, es decir, a los famacéuticos, odontólogos, obstétricas, kinesiólogos, enfermeras, ortopedistas, etc. Deliberadamente lo decimos ahora que no entendemos hacer una reestructuración sanitaria, sino tomando en cuenta el total de los componentes que intervienen en una acción de esta naturaleza. El solo planeamiento de la *asistencia dental*, exige un programa de acción extraordinario y al cual le hemos de dedicar un capítulo propio: probado como está que no hay salud sin un buen estado dental y que a menudo es la fuente de focos sépticos que hay que erradicar, la lucha en este terreno debe intensificarse considerablemente dentro de todo programa de Salud Pública. La experiencia de otras naciones en este terreno, como asimismo la propia, nos dice que el costo de esta asistencia y sólo para los amparados por el Seguro Social que al llegar a más de 3 millones de personas, exige desde ahora una inversión no menor de diez millones para un programa mínimo en este terreno.

Todo programa sanitario no es nunca un programa de empobrecimiento económico: el dolor humano se paga de una u otra manera. Hasta ahora las clases pobres cargan buenamente como pueden, con su asistencia. Y por lo mal que lo realizan, ella importa un gasto que después se hará de otra manera, pero que en el

fondo es la misma inversión social. La imprevisión o insuficiencia se paga por cuenta aparte con jornadas de trabajo perdidas, con productos que no se manufacturan, con asistencias hospitalarias infructuosas porque llegan tarde, con disolución del hogar en caso de muerte y su inmediata consecuencia la viudez y la orfandad. La salud mal organizada se paga también, pues la deficiente atención del capital humano determina pérdidas imposibles de recuperar sino a costa de gastos cada vez mayores.

Los nuevos avances de la *Reconstrucción Médica* pueden ser hechos por vías distintas que la oficial. El impuesto creado en EE. UU. a las mayores ganancias industriales ha determinado en aquel país que gran parte de los industriales adopte un programa de saneamiento industrial y de asistencia obrera a objeto de no darle al Estado lo que ellos pueden regalar a sus obreros. Sabemos que algo semejante se está produciendo en nuestro país, y debemos tender todas las líneas para estimular esta acción privada que aliviará al Estado de una tarea de gran importancia.

Un capítulo especial requiere también todo lo referente al aprovisionamiento de medicamentos que no pueden ser dejados de lado en un plan de reordenación.

Es de hacer notar que uno de los más graves problemas que se hayan presentado en otros países a las organizaciones del Seguro Social y especialmente al de Enfermedad ha sido el aumento progresivo de las inversiones de todo orden, pero especialmente aquel producido por el suministro de medicamentos, incremento que en algunos casos ha llegado hasta el 500 %. La explicación es fácil de alcanzar: ha pasado la época de las infusiones y de los extractos. Los sueros, las vacunas, los opoterápicos, los antibióticos, etc., requieren para su preparación instalaciones y técnicas muy costosas. En este trabajo de reordenamiento que abordamos es necesario contemplar como propósito inmediato el funcionamiento de las grandes fábricas oficiales de productos medicamentosos para ser distribuídos gratuitamente o a costo reducido, según los casos. Llegaremos por esta vía a lo que podemos llamar la Farmacia Social con un criterio también de semisocialización, y nos basta enunciar estos propósitos para dejar abierto un capítulo cuyas proyecciones pueden ser fácilmente imaginadas a poco que se piense en ello. También este capítulo pasará al *Haber* del balance económico, desde que en nuestros días enorme cantidad del esfuerzo de las clases no pudientes se gasta en comprar medicamentos (muchos de ellos de escaso valor real). La medicina, hecha en organismos de tipo social, tiene justamente que luchar contra la tendencia de los enfermos que reclaman remedios innecesarios y se pagan marcas que sólo tienen por objeto servir a un fin comercial; el contralor oficial en este aspecto deberá ser extremado.

Será una dificultad no despreciable, entre las muchas que la innovación nos va a traer, el comportamiento de algunos de los

beneficiarios, que sienten verdadero placer en infringir las reglamentaciones, para obtener pequeñas ventajas que, sin embargo, al repetirse ocasionan grandes perjuicios y hasta han podido llevar a algunas mutualidades al borde de la ruina. Son las manifestaciones de un sentido moral individualista, egoísta por lo tanto, o en su caso verdaderas faltas de ética, fragilidad moral que ha hecho decir a Batrina: «aprenderás la moral en el código penal». La complacencia del médico es indispensable; pero el punto de partida está siempre en el beneficiario; la exageración de las consecuencias de un traumatismo para conseguir mayor indemnización; el ausentismo reiterado al trabajo por causas banales son ejemplos de lo dicho. Es ya falta más grave conseguir una receta para cambiarla por un perfume, pues si estos hechos se repiten, el daño económico es enorme; tienen, además, un efecto desalentador sobre los otros beneficiarios y es, indudablemente, un poderoso argumento en favor de la conservación de las mutualidades privadas cuyas comisiones directivas encuentran siempre la forma de controlar estos episodios. Este tipo de colaboración es inapreciable y debe conservarse en cualquier forma; por ello las mutualidades serán respetadas

COMENTARIO FINAL

Muchos son los hombres de pensamiento que desde esferas distintas han proyectado la creación de estructuras nuevas para la defensa social de la salud. Todos los sistemas fallan cuando confunden la *socialización* con la *oficialización*, y cuando quieren convertir al médico en un simple empleado. Debemos cuidar celosamente estos principios. La semisocialización ha de surgir espontáneamente de toda la Nación, de todos los ambientes, de todos los esfuerzos, y tendrá que tener como contenido administrativo la colaboración de las instituciones gremiales. La función del Estado debe ser la de coordinar los esfuerzos privados y llevarlos a los ambientes en los cuales en forma espontánea no se produzcan. Dejar en el individuo, lo que aun el individuo puede hacer con su solo esfuerzo; ayudar al individuo, cuando el esfuerzo personal solo no alcanza, y reemplazar por completo al individuo, cuando todas las personas unidas no son capaces de hacerlo: «esta fórmula social de transición que ha sido enunciada en contra de las doctrinas excluyentes y que se define como *oportunismo* se muestra en nuestros días como la mejor línea de conducta en el terreno de la salud. La creación de la *Dirección de Servicio Social para Ferroviarios* que en menos de dos años ha planeado un sistema asistencial digno de todo elogio, es la mejor prueba de que hemos encontrado en materia de salud una nueva línea, fecunda, para los tiempos de transición que vivimos. En cierta forma se vuelve al *Socialismo de Guildas*, de la *Edad Media*, que fuera anulado por la *Ley Chapellier*, en la revolución francesa, como contrario a los intereses del

Estado cuando sentaba el principio de «que no caben intereses particulares dentro de la Nación». Sólo que en nuestros días volvemos al viejo sistema, injertándolo en el árbol del Estado, que pasa a ser el *gestor oficial* de los pogresos sindicales.

Estamos frente a un problema, que ha sido planeado en todos los ambientes y ha tenido en el médico su más consciente crítico nos referimos a la pobreza con que se asisten las clases populares. Este problema no lo ha creado nadie en particular, ni es ahora explotado por el alcance político que pueda tener. No tiene un carácter gremial, sino un carácter universal. Resiente a la *sanidad nacional* en las formas públicas de organización, y resiente a la *sanidad familiar* por la miseria privada con que se atiende. De todos lados surgen soluciones. Los ensayos hechos por el mutualismo y por el gremialismo médico no pasan de un programa optimista sin grandes alcances. Se sabe que el problema de solucionar la *crisis médica* está en la misma línea de conducción que la que debe solucionar la *crisis de la pobreza* de nuestras instituciones sanitarias y de la colectividad. Sabemos que se inicia una nueva era, colectivista por esencia.Sabemos que sólo son fructíferos los planes que se hacen en colaboración. Buscar las mejores líneas conducentes, es la tarea hacia la cual debemos dirigir todos nuestros esfuerzos.

Sabemos que no vamos a escapar a una crítica: no sería obra humana la que realizamos si pudiera eludir la ley de la inteligencia que permite ver un mismo hecho desde ángulos distintos. Será de nuestro agrado recoger todas las observaciones que puedan formularse a este plan de *Reconstrucción Sanitaria.* Esperamos, sobre todo, los puntos de vista de los organismos ligados al trabajo y que ya realizan esfuerzos sanitarios a través de sus organizaciones mutuales. Porque creemos en el esfuerzo del pueblo conscientemente orientado en los grandes derroteros que lleva la humanidad en marcha, es que hacemos nuestra la fórmula que dice: «LA DEFENSA DE LA SALUD DE LA CLASE OBRERA, DEBE SER LA OBRA DEL ESFUERZO DE LOS OBREROS MISMOS»

LA ASISTENCIA INDIVIDUAL Y FAMILIAR COMO EXPRESION DE LA SEMISOCIALIZACION DE LA MEDICINA

Aceptado sin objeción que la asistencia médica es una de las necesidades esenciales de la vida y a la que es forzoso atender con todos los recursos disponibles de la colectividad y de los individuos, es evidente que dentro de un Plan de Salud Pública, toda ella o uno cualquiera de sus aspectos tiene que ocupar lugar preferente y fundamental. Tres son las formas habituales de asistencia médica de práctica corriente: la hospitalaria, la de consultorio externo o ambulatoria y la individual y familiar, sea en el consultorio privado del médico o en el propio hogar del paciente. De esas for-

mas, la hospitalaria será tratada en otro capítulo y apenas corresponde una explicación de su mecanismo; la segunda está estrechamente vinculada a la hospitalaria, por lo menos entre nosotros, y su desarrollo, preciso es puntualizarlo, no ha alcanzado el grado necesario que guarde relación con los requerimientos; y la última ha tenido, casi en forma absoluta, una existencia privada, ya sea porque el enfermo la ha costeado con sus propios recursos o bien porque los médicos de buena voluntad la han tratado en forma gratuita y a su exclusivo arbitrio. Vale decir que la acción estatal hasta hoy no se ha hecho presente en este terreno sino en forma insuficiente, muy reducida y prácticamente inexistente. Justo es recordar que dentro de la actividad privada, la asistencia prestadas por las asociaciones de carácter mutualista ha llenado en parte este vacío y prestado un servicio bien importante. Ee propósito de este plan respetar y ayudar en todo lo posible a dichas instituciones, cuyas actividades colaboran, en forma valiosa, en la asistencia general de la población.

FUNDAMENTOS DEL NUEVO SISTEMA

El Plan Quinquenal de la Nación incluye en la parte de Salud Pública el aspecto novedoso, dentro de la prestación oficial de la asistencia médica, este de lo individual y familiar a cargo del Estado, cuya importancia está demostrada por múltiples aspectos, desde luego el humano. Todos preferimos la asistencia de nuestras dolencias en el ambiente silencioso y reservado de un consultorio privado o bien en nuestro propio hogar, a la del recinto un tanto público de un consultorio externo de un establecimiento asistencial o más aún a la del sitio común de una sala de hospital donde la frialdad de los reglamentos y la uniformidad de los procedimientos aportan a los pacientes un sentimiento de tristeza y humillación que para muchos es de verdadera acción negativa en su cura.

No pueden dejarse tampoco de lado el aspecto económico ni la experiencia de otras naciones, apoyados en la demostración indiscutible y evidente de los números, así lo prueban, obligando a admitir en forma indudable que la asistencia del enfermo ambulatorio o bien del confinado en cama en su vivienda, abarata la asistencia de manera no despreciable, evitando internaciones hospitalarias que en todos los casos son casi el doble más costosas que el tipo de prestación que nos ocupa.

Y para no caer en una enumeración prolija sólo mencionaremos finalmente el aspecto gremial del nuevo sistema, muy conveniente para la clase médica, hoy día, como todos sabemos, afectada por dificultades y problemas de diverso orden, ya que la implantación y funcionamiento del mismo van a significar la creación de un gran número de oportunidades de trabajo y una redistribución de los profesionales de las ciencias médicas y ramas auxiliares, permitiéndoles la existencia en lugares económicamente incapaces

para ello y el aporte de su erudición sanitaria y cultura general que es para los mismos primordial en su desarrollo.

PLAN DE IMPLANTACIÓN

En el presente plan todos los aspectos mencionados no podrán ser encarados y solucionados de entrada, iniciándose la aplicación de la nueva concepción con el sistema de asistencia de los pacientes en los consultorios privados y eventualmente en el domicilio particular, pero con el propósito y el anhelo de un desarrollo integral de la misma.

NATURALEZA DE LAS PRESTACIONES

Pero tiene también que ser profundamente removido y modificado el espíritu con que la sociedad, por intermedio del Estado, hace llegar al necesitado la asistencia que le cure, mejore o alivie sus dolencias, despojándolo del aspecto de una dádiva o limosna, nada más injusto en el fondo, y que adquiera, por el contrario, el carácter de un derecho, que es necesario admitir como inalienable y de estricta obligatoriedad para el Gobierno. Preciso es reconocer que hasta el presente las prestaciones del género que nos ocupa han sido otorgadas en gran parte como si el Estado distribuyera un beneficio; será por eso entonces que las mismas han adolecido de tan grandes deficiencias, en cantidad y en calidad. Pero si es cierto que el capital humano tiene un valor superior en mucho a todos los otros valores permanentes de la colectividad, es necesario también que el cuidado que se le preste se convierta para ésta en una obligación indeclinable; para la parte de la población que lo requiera, en un derecho impostergable, que su ejercicio en ningún caso pueda significar nada humillante y que la eficiencia de la prestación se ponga a tono con la importancia extraordinaria de lo que se trata de cuidar y conservar: la salud del pueblo de la Patria.

Los sistemas que se planean tendrán por ello un contenido de conceptos de nuevo cuño de acuerdo con la hora en que vivimos, en el que será postulado básico establecer que las prestaciones alcancen el más alto nivel de eficiencia, con beneficio evidente para los asistidos y sus agentes, los profesionales que las realicen y que aquéllos no vuelvan jamás a sentir el resquemor de un favor recibido y no justificado.

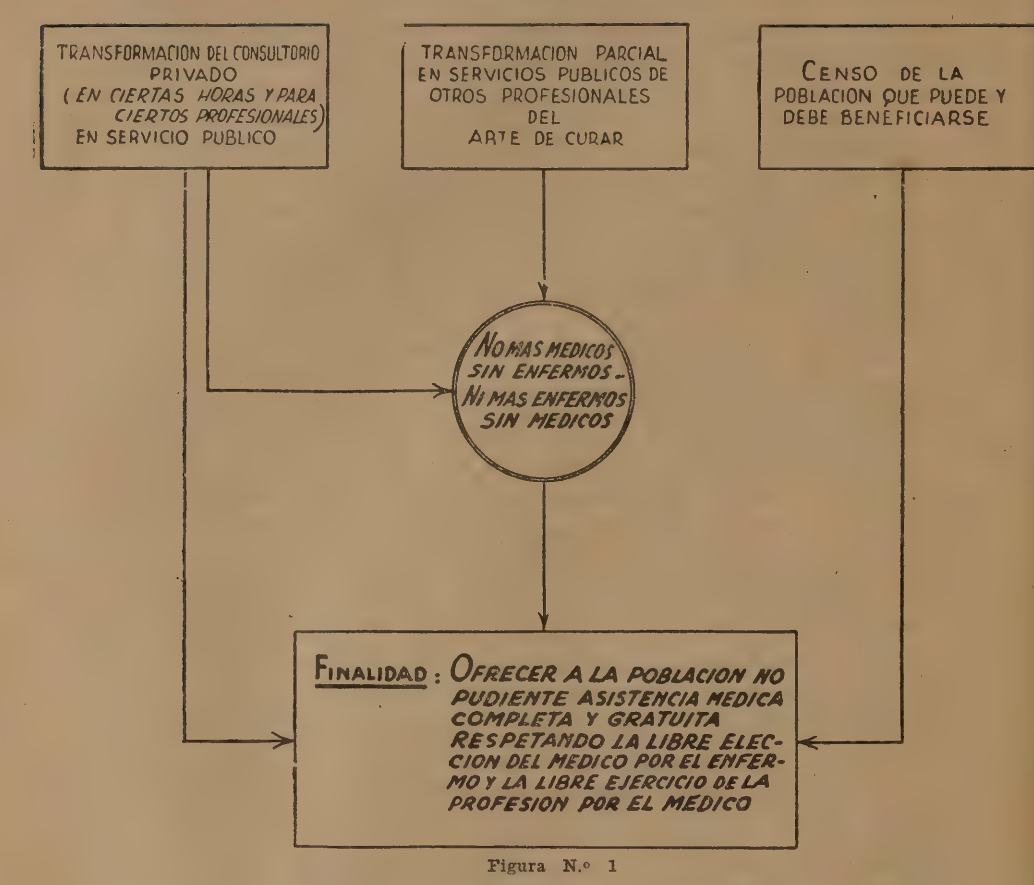


Figura N.° 1

Transformación del consultorio privado (en ciertas horas y para ciertos profesionales) en servicio público

Los profesionales de las ciencias médicas y ramas auxiliares que acepten ingresar en la nueva organización, se obligarán a prestar sus servicios en sus mismos consultorios particulares, para lo cual, naturalmente, deberán contar con el equipo mínimo habitual en esos casos, lo que transformará su lugar privado de trabajo en una dependencia oficial; ello sólo será durante un cierto tiempo de la jornada, la que en principio se puede decir abarcará tres horas como período corriente. Durante ese tiempo el profesional atenderá sus pacientes de acuerdo con su ciencia y conciencia y tal cual ocurre con la clientela privada en la actualidad.

Lo dicho, evidentemente, significa la creación de un nuevo tipo de médico oficial que, como se verá más adelante, por las funciones que se le van a encomendar, realizará la fórmula acabada del «Médico de Familia», renovándose con ello la noción tan fecunda y de tanta actualidad de esta clase de profesional.

La nueva institución del «Médico de Familia» va a significar el ingreso a las reparticiones de Salud Pública de la Nación de un apreciable número de profesionales de las ciencias médicas y ramas auxiliares, a quienes se va a confiar el cuidado de la enfermedad y de la salud de un sector de la población, que con el andar del tiempo será bastante considerable, terminándose con ello de completar todas las formas de asistencia que requiere la misma. Recordando que grandes sectores del territorio patrio tienen escasa población y muy diseminada, esta forma de asistencia allí adquirirá una especial significación por su triple aspecto curativo, preventivo y educacional; por ello la implantación del sistema se iniciará por aquellas camarcas, ganando paulatinamente los lugares poblados y, finalmente, los grandes núcleos urbanos, con lo que se conseguirá la depuración de sus defectos y el perfeccionamiento de sus prácticas, atendiéndose de entrada la población más necesitada.

Consideraremos, por consiguiente, la forma de ingreso de los «Médicos de Familia» a las reparticiones de Salud Pública de la Nación, su remuneración, las funciones que desempeñarán y obligaciones de los mismos.

A) FORMA DE INGRESO. — El ingreso de los «Médicos de Familia» a las funciones de Salud Pública tiene necesariamente que estar supeditado a la idoneidad del profesional que lo desee, competencia que no puede ser medida más que por la vía del concurso de títulos y antecedentes del interesado; como la importancia de las funciones que se le van a encomendar y las condiciones de trabajo así lo exigen, la eficiencia de estos funcionarios tiene que ser probada; por tal razón, dichos profesionales deberán tener no menos de dos años de recibidos y una práctica demostrada en Clínica Médica, Quirúrgica, Ortopedia y Traumatología, Obstetricia, Pediatría y Endemo-Epidemias de las regiones donde debe actuar. La actividad de los «Médicos de Familia» será controlada y dirigida por las Delegaciones Regionales de Salud Pública en provincias y territorios en sus aspectos preventivo, y educacional; en el curativo sólo en los casos especiales que la conveniencia determine.

B) REMUNERACIÓN. — Responsabilidad y funciones tan importantes tienen que ser forzosamente remunerados en forma adecuada y por tal razón existe el propósito de establecer categorías de «Médicos de Familia» las que estarán vinculadas con el lugar de actuación y el tipo de población que se deba atender y cuyo sueldo mensual oscilará entre $ 500 y $ 1.500, correspondiendo a los facultativos que trabajen en centros urbanos, los primeros; y a los que lo hagan en lugares alejados y de escasa densidad de población, los segundos.

c) CONDICIONES REQUERIDAS. — La contratación de estos servicios exigirá, además de lo ya mencionado, los requisitos de orden moral corriente, y la instalación de un consultorio como instrumento de trabajo en condiciones adecuadas de funcionamiento, el que será de tres horas diarias, en principio, en la forma que el propio médico considere más conveniente y la Delegación de Zona apruebe.

d) FUNCIONES DE LOS «MÉDICOS DE FAMILIA». — Diremos finalmente cuáles son las funciones que desempeñarán los «Médicos de Familia». Como lo consigna el desarrollo esquemático del plan, las mismas serán las siguientes: asistencia médica en el propio consultorio, eventualmente en el domicilio de los pacientes, funciones de asistencia preventiva y social, y en determinadas condiciones, servicios de urgencia.

ASISTENCIA EN EL CONSULTORIO

Los enfermos que se asistan en el consultorio del «Médico de Familia», que por su parte deberán llenar cierto número de requisitos que se especifican en el subcapítulo 3, serán examinados y tratados dentro de los horarios fijados por la superioridad y como ya se ha dicho según la ciencia y conciencia de cada facultativo; se exigirá en todos los casos la «Libreta Sanitaria», único documento que permitirá el ejercicio del derecho de asistencia y que toda persona en estas condiciones deberá poseer. Si el médico considera necesarios exámenes complementarios (Laboratorios-especiales) ordenará su realización en los establecimientos de Salud Pública a cuyo radio de acción pertenezca; en cuanto a los exámenes de Médicos Especialistas, éstos se efectuarán también en los establecimientos mencionados donde actuarán dichos especialistas en clase y número de acuerdo con las necesidades que deban atenderse y que se reglamentarán en su oportunidad. El servicio de Farmacia para estos pacientes se organizará en las ya existentes ampliando su capacidad o bien se instalarán nuevas a medida que los «Médicos de Familia» empiecen a actuar.

El número de personas que se confiará al cuidado de los «Médicos de Familia» será, como máximo, de 1.000 en las regiones apartadas y de escasa población y de 1.500 en los centros de mediana y grande población, siendo la Delegación Regional de Salud Pública la encargada de la resolución del caso preciso. De sus posibles pacientes el «Médico de Familia» llevará una nómina que se llamará la «Lista», actualizada y asimismo un fichero clínico (cuyo tipo será fijado) en donde se anotarán, en forma resumida, todos aquellos datos que la superioridad determine. En la «Libreta Sanitaria» de los mismos datos a los efectos de la historia clínica completa de aquél.

Transcurrido el horario convenido, el «Médico de Familia» puede dedicarse a su práctica privada, con prohibición de hacerlo sin embargo, con las personas de su «Lista», por su calidad de funcionario de Salud Pública. Todos aquellos tratamientos que prescriba deberán ser aplicados por el propio médico tratante, excepto los que requieran instrumentos especiales que se harán en los establecimientos de Salud Pública oficiales y privados, en estos últimos por contrato.

ASISTENCIA EN EL DOMICILIO

La asistencia en el domicilio de los pacientes tendrá carácter eventual para los «Médicos de Familia» quienes la prestarán en aquellos casos de imposibilidad, por parte del enfermo, para trasladarse al consultorio y que cuando se prolongue, el asistido deberá aceptar la internación en un hospital. Reconociéndose que cierto número de enfermos de carácter crónico encarecen su asistencia cuando son internados, no podrían, sin embargo, ser asistidos por los «Médicos de Familia» en sus domicilios y deberán serlo por un tipo especial de profesional afectado a este servicio y cuya existencia no sólo abaratará la asistencia de tales enfermos, sino que aliviará sus pesares morales al poder permanecer en el seno de su familia. Los casos especiales que se presenten serán resueltos por las Delegaciones Regionales en un trámite ágil y razonable.

SERVICIO DE URGENCIA

Estrechamente vinculado con la forma anterior está el Servicio de Urgencia, aunque no menos lo está, en las ciudades, con los Servicios de Asistencia Pública; el «Médico de Familia» en las localidades pequeñas deberá realizarlo ya que allí, en general, tendrá un carácter de excepción; en cambio, en las ciudades medianas y grandes tendrá que ser efectuado por organizaciones especiales de Salud Pública que funcionarán también para la asistencia a domicilio.

SERVICIO SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN

Resta, finalmente, dentro de las funciones de los «Médicos de Familia», la «Acción Social y Preventiva». Es perfectamente comprensible que los «Médicos de Familia» necesitarán conocer en forma lo más amplia posible las condiciones generales de vida de sus asistidos y para ello disponer del personal de Servicio Social correspondiente. En cada localidad, ciudad o pueblo, existirá según los casos, un Centro de Salud o Unidad Sanitaria, dependencia de la Delegación de Salud Pública, donde funcionará una Sección de Estadísticas Vitales y Servicio Social, la que trabajará coordinada y orientada por el «Médico de Familia» y a quien suministrará todos los datos que el mismo necesite. El plazo del plan de cinco años va a permitir perfeccionar los Servicios Sociales ya existentes y la organización y funcionamiento de los nuevos; desde ya, sin

embargo, conviene dejar establecido que se consideran servicios de fundamental importancia, no sólo para la marcha eficiente del sistema de «Médico de Familia», sino también para que la bioestadística de la Nación sea una realidad y pueda llegarse a conseguir la debida adecuación entre la acción estatal y las verdaderas necesidades, lo que por el momento no pasa de ser una aspiración.

MEDICINA PREVENTIVA

Por último, las funciones de Medicina Preventiva que cumplirán los «Médicos de Familia» se referirán a los exámenes periódicos de salud de los anotados en su «Lista», al cumplimiento de las leyes y medidas profilácticas en vigencia o a dictarse y a la difusión sanitaria. Los exámenes periódicos se realizarán en la forma y condiciones que fije la superioridad y los «Médicos de Familia» serán el eje de la ejecución, ayudados por el personal y elementos que circunstancialmente el Estado destine a ese fin, ya que en ningún caso tales exámenes podrían ser realizados por uno solo. El «Médico de Familia», debidamente preparado en materia de legislación sanitaria, dará cumplimiento a las disposiciones de la misma en aquellas medidas profilácticas que le conciernen y estén a su alcance. Pero donde su acción tendrá un efecto decisivo será en el terreno de la educación sanitaria de las personas de su «Lista» a quienes ilustrará por todos los medios a su alcance, especialmente en el sentido del cuidado de la salud, con lo que se convertirá en un agente permanente de Medicina Preventiva, al mismo tiempo que en un valioso factor del Servicio Social bien enterado de las condiciones sociales, económicas y médicas de sus asistidos y vinculados a los mismos por el recuerdo de hechos auspiciosos y agradables y no como el médico que se relaciona solamente en la actualidad con sus pacientes por los hechos desventurados o desastrosos de sus vidas.

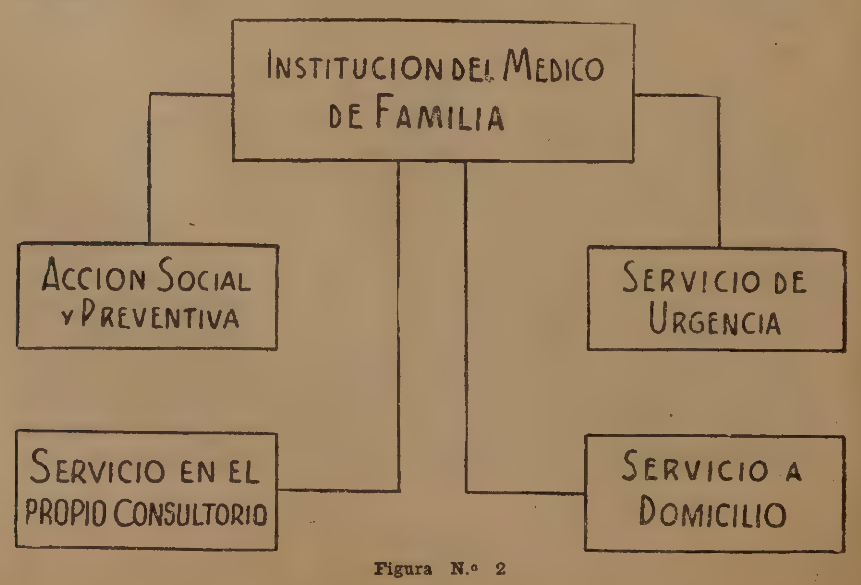


Figura N.º 2

En esa forma queda integrado el cuadro completo del «Médico de Familia» tal cual ha sido concebido entre nosotros y cómo será llevada a la práctica la nueva idea. Cumple recordar que en numerosas asosiaciones de carácter privado y de organización mutual, este tipo de profesional médico actúa desde hace largo tiempo, habiendo desempeñado para un número importante de personas valiosos servicios, bajo la forma corrientemente conocida de abonos familiares.

MÉDICO DE BARRIO

Aunque dentro del plan formulado, la iniciación del sistema del «Médico de Familia» se hará en las regiones y lugares de escasa población, extendiéndose paulatinamente hacia los centros urbanos importantes, corresponde referirse a este tipo de facultativo cuando llegue a actuar en el gran medio ciudadano, constituyendo una variante del «Médico de Familia» y al que hemos preferido llamar «Médico de Barrio».

Su ingreso a Salud Pública y las condiciones requeridas para ello no pueden ser diferentes a las ya mencionadas; su remuneración será de hasta $ 500 mensuales. Tomará a su cargo un registro de asistidos del barrio de su residencia a los que prestará un cuidado semejante al ya relatado para el «Médico de Familia». Trabajará como éste, coordinado con un establecimiento de Salud Pública tanto de asistencia médica como social, enfrentando de esta manera la asistencia integral de su grupo.

Los Médicos Especialistas y Cirujanos a los que les corresponda recurrir perfeccionarán su labor diagnóstica y terapéutica y el servicio social les aportará la encuestación sobre las condiciones sociales y económicas de sus asistidos.

El hecho tendrá también una consecuencia excelente en lo que se refiere al trabajo profesional, pues permitirá determinar los lugares más convenientes, dentro de los conglomerados urbanos para la instalación de un médico del tipo que nos ocupa, produciendo con esto una distribución racional de los mismos y aumentando sus oportunidades de trabajo sin intervención del azar como ocurre en la actualidad. La gran extensión de nuestras ciudades dificulta y retarda la prestación de la asistencia regular, como la de urgencia; por tal razón se hace necesaria la formación de equipos de barrio, tanto en lo referente a instrumental como respecto al personal técnico, evitándose así los largos recorridos de enfermos tan perjudiciales para éstos, como para la población sana y permitiendo la solución de problemas graves y súbitos que se presentan con gran frecuencia. Sólo el sistema de «Médico de Barrio» trabajando, sea solo o bien en grupo, solucionará la cuestión, llevando a la población necesitada un servicio que va a permitir su asistencia precoz, continua y completa y en una forma como no se puede pensar conseguir en la actualidad con los sistemas existentes.

MÉDICO DE ZONA

Finalmente, un tercero y último tipo de profesional médico destinado a cumplir sus funciones en zonas de muy escasa población y en las fronterizas, será preciso considerar y cuya urgente implantación es evidente. Tomará a su cargo el cuidado y protección de esas poblaciones referente, especialmente, a la patología regional y de su contaminación por plagas exóticas, proveerá al mejoramiento de sus actuales condiciones de existencia y dirigirá, controlará y organizará la asistencia de las mismas. Su ingreso, requisitos, obligaciones, condiciones de trabajo y funciones serán semejantes a las ya enumeradas con motivo del «Médico de Familia». Su acción deberá ser coordinada con los especialistas y cirujanos más próximos con que pueda contar. A los efectos de una mayor eficiencia del sistema será preciso asegurar a estos funcionarios una vivienda digna y sana que deberá proveerla el Estado para asegurar una existencia aceptable en regiones donde es un verdadero apostolado la sola residencia; la vivienda oficial permitirá también la instalación, en la proximidad de la residencia de los técnicos, de los equipos adecuados para las necesidades que se encaran, los que capacitarán para solucionar situaciones quirúrgicas y obstétricas de urgencia cuando se presenten y también la rápida y directa comunicación con los centros técnicos de consulta para la mejor resolución de las mismas en todos los casos. (Equipos de radiotelefonía).

Una clase de profesional como el propuesto, al que llamaremos "Médico de Zona", requiere una versación especial para su correcto desempeño; deberá contar con una preparación adecuada en cirugía, obstetricia, pediatría y endemo-epidemias regionales y exóticas, además de una cultura y experiencia médica general apreciables.

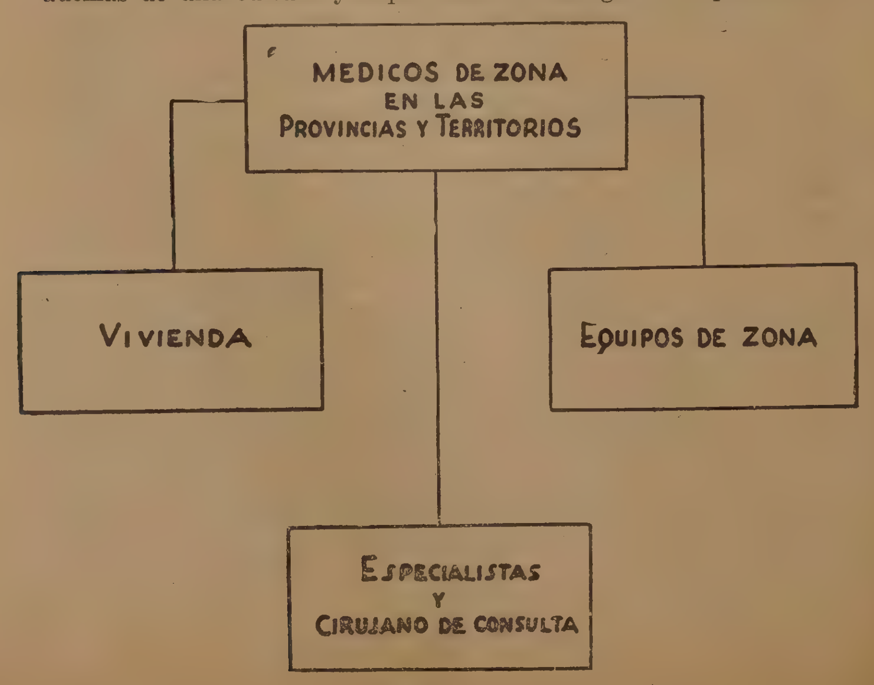


Figura N.º 3

El lugar de residencia, la responsabilidad que le corresponde y las condiciones que deberán reunir estos funcionarios justifican una alta remuneración que llegará a ser hasta $ 1.500 mensuales, además de la vivienda.

EL PROBLEMA GREMIAL

En el curso de esta exposición nos hemos referido varias veces a un aspecto gremial de alta trascendencia, cual es la distribución de los profesionales. Es por todos sabido que en la actualidad, especialmente los médicos, se acumulan en los grandes y medianos centros urbanos a la espera de encontrar mayores oportunidades de trabajo, no siendo atraídos por los pequeños núcleos de población incapaces de hacer posible la existencia de estos profesionales. Y es así que con un número total de médicos aproximadamente suficiente para nuestras necesidades (uno por cada mil habitantes) se produce el doble fenómeno, muy perjudicial, de la plétora urbana de profesionales médicos que languidecen económicamente y con un estrecho horizonte ante ellos, con el consiguiente sentimiento de fracaso y continua angustia imposible de remediar; y, por otra parte, la existencia de agrupaciones humanas que viven, se enferman y mueren sin asistencia médica de ningún género, hecho verdaderamente extraordinario en nuestra época; esta es, por consiguiente, la fórmula actual para el problema en cuestión: médicos sin enfermos en los medios urbanos, enfermos sin médico en los medios rurales alejados.

Pues bien, la concepción del «Médico de Familia», de «Barrio» y de «Zona» y su implantación va a traer, a no dudarlo, sino la inversión rápida de esa fórmula, su rectificación progresiva, y aquel resultado al final, aportando al mismo tiempo que un inmenso beneficio para la población, cuya consideración debe naturalmente dominar todas las otras, una profunda modificación de las presentes condiciones de trabajo y existencia de los profesionales de las ciencias médicas y ramas auxiliares, que les ubicará allí donde son necesarios, restableciendo el equilibrio imprescindible para que el juego de la ley de la oferta y la demanda se haga en forma equitativa y racional.

La sola posibilidad de obtener tales resultados obliga a todos a poner íntegramente su empuje y entusiasmo tras de la idea, separando escollos y arrimando una colaboración, que será indudablemente muy eficaz para el triunfo de la misma, con lo que traerá beneficios y satisfacciones para todos.

EL SERVICIO SOCIAL

Cerrando las referencias a las secciones de este sub-capítulo 1 corresponde ocuparse del renglón Servicio Social. La multiplicación rápida y extensa que se hará de las Unidades Sanitarias y Centros de Salud es lo único que puede permitir el funcionamiento de un Servicio Social eficiente. En el interior del país un tal servicio prác-

ticamente no existe en más de un 80 o|o. del mismo y será necesario improvisarlo todo, pero la urgencia de contar con él y el valioso aporte que traerá, justifican los gastos y esfuerzos que se hagan. Todo Centro de Salud o Unidad Sanitaria que se organice dentro de lo ya existente o bien se instale en el porvenir será dotado de una dependencia fundamental: la de Estadísticas Vitales y Servicio Social, que nos va a permitir el conocimiento exacto de las condiciones sanitarias y sociales de la población de la Nación, conocimiento del que carecemos en gran parte en el momento presente. Dicho Servicio Social funcionará estrechamente vinculado con los "Médicos de Familia", de "Barrio" y de "Zona", en la medida de lo posible, y al mejorar la actuación de éstos, aportarán un factor valioso de buena asistencia para la población. Los agentes naturales de este Servicio serán las Visitadoras (de Higiene y Sociales) de que ya se dispone en número regular, pero cuyo aumento se tratará de conseguir por todos los medios disponibles acrecentando la enseñanza en ese terreno y fijando remuneraciones adecuadas. De la implantación y eficiente actuación de este servicio es dable esperar proficuos resultados que se obtendrán a corto plazo y que se proyectarán en la morbilidad y mortalidad general de la población.

Transformación parcial en servicios públicos de otros profesionales de las Ciencias Médicas

Sin la colaboración de los otros profesionales de las ciencias médicas, nada pueden hacer los médicos y por consiguiente nada de lo dicho podría ser realidad ni ahora ni nunca. Es por ello que se hace necesario organizar servicios de odontología y de farmacia como asimismo de parteras y kinesiólogos, al mismo tiempo que de enfermeros que funcionen paralelos y coordinados con los servicios de "Médicos de Familia" de "Barrio" y de "Zona" con un criterio de organización semejante al ya expuesto, vale decir, destinado a la atención de un determinado número de personas, en sus oficinas o consultorios o bien en los domicilios, dentro de un horario establecido, remunerados sus agentes en forma adecuada y reuniendo condiciones de idoneidad en cada actividad, equivalentes a las ya enumeradas. Estos servicios serán contratados en todos aquellos casos que sean necesarios y cuando las circunstancias lo permitan con la vista puesta siempre en la etapa ideal de la asistencia integral y perfecta para toda la población necesitada. En esta forma se contará con servicios de farmacia rápidos y eficientes, gratuitos o de costos reducidos según los casos, a disposición de esas personas; con una asistencia odontológica eficiente e interesada en el éxito de su acción que mejorará su tarea; con servicios de kinesiólogos que soluciona-

ıán y acortarán muchas asistencias; con parteras dispuestas a cumplir con empeño con sus funciones naturales y específicas; y con enfermeros útiles para el paciente y el profesional, en la noble y difícil tarea de cuidar al enfermo y mitigar sus dolores.

CENSO DE LA POBLACION QUE PUEDE Y DEBE BENEFICIARSE

CLASIFICACION DE LA POBLACION

Expuestos y analizado en forma general todo lo referente al personal que tendrá a su cargo los Servicios de Asistencia Individual y Familiar prestados por el Estado; ha llegado el momento de explicar quiénes serán los beneficiarios de esos servicios y en que condiciones.

a) El criterio que se aplicará en esa determinación no puede ser otro que el económico, vale decir, el dado por las entradas en efectivo de cada individuo o familia. Sabido es que, desde este punto de vista, la población de todo país se divide en tres grupos: el primero, que siempre es la gran mayoría y que entre nosotros ha sido calculado en casi las dos terceras partes de la población, que se encuentra imposibilitado de proporcionarse asistencia médica eficiente, continua y completa con sus solos recursos; un segundo grupo, que se ha calculado en un 20 % de la población, el que puede proporcionarse esa asistencia siempre que su costo sea reducido, no se prolongue demasiado y esté al alcance de sus recursos limitados; y un último grupo cuyos recursos le permite darse una asistencia del tipo y características enumeradas a su sola expensa. Demás está decir que nuestro interés se ha concentrado en los dos primeros sectores; en cuanto al último, sólo debe recibir el beneficio de la ilustración sanitaria impartida por el Estado; su asistencia directa es de su exclusiva incumbencia y será libremente contratada entre el interesado y los profesionales.

De lo dicho resulta evidente la necesidad de proporcionar a los integrantes del primer grupo asistencia gratuita toda vez que la necesite y procurar por todos los medios que se mantenga en estado de salud; pero al mismo tiempo debe evitarse de todas maneras que aquellos que puedan contratar libremente su asistencia o bien pagarla a costo reducido, se beneficien con un servicio que el Estado se propone proporcionar sólo al que se encuentre en estado de necesidad del mismo y no puede obtenerlo por sus propios medios. Esta posición es inobjetable y nadie puede sentirse afectado por ella en caso de que se establezca.

SISTEMA ADOPTADO

b) Es indudable que la dificultad surge cuando se trata de determinar los integrantes de cada grupo y el monto de las entradas que harán que el servicio sea gratuito o bien que deba pagarse. En la imposibilidad de obtener una clasificación de la población en este sentido y también en el deseo de contemplar en forma especial los intereses de los profesionales, se considera que lo más conveniente es la fijación de un monto máximo de entradas, dato que se obtendrá por *declaración jurada* para el otorgamiento gratuito de los servicios que nos ocupan.

Por tales razones se ha resuelto adoptar el siguiente sistema, el que será reajustado anualmente por la autoridad sanitaria de acuerdo con los costos de vida. En forma provisional y sólo para el año 1947, el sistema adoptado será como sigue: la gratuidad absoluta del servicio será otorgada a aquellas personas que tengan hasta $ 250 mensuales ($ 3.000 anuales) cuando no graviten en ella cargas de familia y hasta $ 350 mensuales ($ 4.200 anuales) cuando tengan carga de familia; esto en las ciudades. Para la población rural se fijará hasta $ 200 mensuales ($ 2.400 anuales) en el primer caso y hasta $ 300 mensuales ($ 3.600 anuales) en el segundo. El caso con cargas de familia será graduado de acuerdo con el número de las mismas. Como ya se ha dicho, la determinación de la entrada de los asistidos se obtendrá por declaración jurada, cuya fórmula y condiciones fijará la superioridad, se renovará anualmente y será exigida en oportunidad en que se gestione la obtención de la «Libreta Sanitaria» debiendo considerarse como una condición previa indispensable.

REGISTRO NACIONAL

c) Se ha resuelto que las oficinas de Salud Pública, destinadas a estos trámites, harán el Registro Sanitario Nacional de Asistidos con los datos que obtengan por esta vía, lo que permitirá conocer la parte de población que se beneficiará de la gratuidad de los servicios; dichas dependencias levantarán también el mapa demográfico respectivo.

En cuanto a las personas que por sus entradas no tienen derecho a la gratuidad del servicio, lo podrán sin embargo, recibir abonándolo de acuerdo con una tarifa en escala y siempre que sus efectivos no suban de $ 1.000 mensuales ($ 12.000 anuales) caso en el cual se deberá recurrir a la asistencia privada, salvo la situación de urgencia o bien de carencia de servicios particulares, en que se otorgará la atención pero con cargo para el asistido.

INSCRIPCION EN LAS LISTAS DE LOS «MEDICOS DE FAMILIA»

d) Para el primer grupo de población, que podemos llamar grupo A, una vez obtenida la «Libreta Sanitaria» el interesado se deberá inscribir en la «Lista» del «Médico de Familia», «Barrio» o «Zona» que elija o le corresponda, respetándose siempre que sea posible el principio de la libre elección del médico por el enfermo y de la libre determinación del médico con respecto a éste; para realizar dicha inscripción se deberá exhibir la «Libreta Sanitaria» y un certificado de domicilio de la autoridad competente local. El jefe de familia hará inscribir en la «Lista» del médico sus cargas de familia (cónyuge, hijos u otros menores de 18 años a su cargo). Sólo entonces se podrá hacer efectivo el derecho a la asistencia gratuita y el médico tomará a su cuidado los anotados en su «Lista».

Las personas del segundo grupo que denominaremos B. recibirán el beneficio de la asistencia, pero abonándola de acuerdo con la tarifa que se establezca y solamente en los establecimientos de Salud Pública del Estado o por él autorizados.

El procedimiento será el mismo cuando se trate de médicos especialistas de consulta o de servicios especiales.

FINANCIACION

e) Como puede comprobarse, el cálculo de inversiones del Plan Quinquenal se destina a este tipo de asistencia $ 50.000.000 en los cinco años, vale decir, $ 10.000.000 por año; de acuerdo con la escala de sueldo propuesta, se va a poder contar con unos 1.200 profesionales del tipo Familiar, de los que más o menos unos 1.000 podrán ser médicos. Admitido que a cada uno de los mismos se le asignará el cuidado de unas 1.000 unidades, se podrá asegurar de esta manera la asistencia de aproximadamente un millón de personas. Debe tenerse en cuenta que este número estará integrado por aquellas personas que por ningún otro medio puedan proporcionarse asistencia, quedando excluídas, no sólo las eliminadas por el monto de sus entradas, sino también aquellas que puedan ser atendidas por organizaciones especiales como cajas de seguros, mutualidades, cooperadoras, asociaciones, etc., cuya existencia se va a procurar asegurar por todos los medios, justamente con el fin de aliviar la nueva institución.

ORDEN DE PRELACION

Como la población más necesitada es la de los pueblos pequeños, la iniciación del sistema tendrá lugar dentro de esos sectores. Por otra parte, con el fin de evitar todos los escollos que puedan presentarse en materia de jurisdicción, las primeras etapas se cumplirán en los territorios nacionales, para ulteriormente y mediante acuerdos con las provincias llevar allí la nueva institución, comenzando igualmente en los núcleos más alejados y menos pudientes.

La iniciación, de acuerdo con lo dicho, tendrá lugar para el año 1947, en los territorios de Chaco, Misiones y Formosa, en forma adecuada a las poblaciones de las características enunciadas; luego irán en el año 1948 La Pampa, Río Negro, Neuquén, Chubut y Santa Cruz. La implantación en las provincias que acepten el sistema y previo acuerdo, será progresiva en los años siguientes para Jujuy, Catamarca, La Rioja, Salta, Santiago del Estero, Tucumán, San Luis, San Juan, Corrientes, Entre Ríos, Mendoza, Córdoba, Santa Fe y Buenos Aires.

Para la atención, organización, reglamentación y vigilancia de un tan vasto e importante organismo, la Secretaría de Salud Pública creará una Dirección General de Asistencia Médica Individual y Familiar a la que prestará preferente trato y a la que dotará de todos los elementos necesarios en personal y medios para su correcto desempeño.

La colaboración de los profesionales de las ciencias médicas y ramas auxiliares, como ya lo hemos dicho, será imprescindible; la reclamamos y estamos convencidos que no nos será retaceada como consecuencia de los imperativos de la hora y del espíritu abnegado de nuestra clase médica.

RALACIÓN CON EL PROYECTO DE CÓDIGO SANITARIO

Corresponde por último referirnos a los antecedentes legislativos que servirán de instrumento legal en la implantación de la institución del «Médico de Familia».

El Poder Ejecutivo de la Nación ha enviado al H. Congreso, conjuntamente con los otros proyectos del Plan Quinquenal, el proyecto de ley de bases para el Código Sanitario; en el mismo se contemplan todos los aspectos asistenciales que la Secretaría de Salud Pública tendrá en su jurisdicción. Con especial referencia al contenido de este Capítulo I, en dicho proyecto figura el inciso B. del artículo 2.° que sienta el principio de «proveer a la «asistencia de todos sus habitantes, promoviendo la unificación «paulatina de la asistencia médica y social y su gratuidad para «las clases sociales que no cuentan con los medios adecuados pa«ra satisfacer integralmente la protección de su salud», y los in-

cisos 13 y 43 del artículo 3.° cuyos textos son los siguientes: «instituir y afianzar el reconocimiento médico periódico de la po- «blación del país, a fin de asegurar el diagnóstico oportuno de «las enfermedades y su profilaxis por el tratamiento, en forma «precoz, continua y completa; organizar, dirigir y/o coordinar «la asistencia médica y quirúrgica, general y especializada; la «obstétrica, odontológica y farmacéutica».

Se vinculan también a la institución del «Médico de Familia» los incisos 2, 3, 6 y 12 del mismo artículo 3.° que se transcriben a continuación: «organizar y aplicar las medidas que los prin- «cipios de la higiene y medicina preventiva hicieren aconsejables; «proveer a la profilaxis y tratamiento de las enfermedades; or- «ganizar y coordinar las actividades tendientes a la prevención «y tratamiento de las enfermedades orgánicas y degenerativas de «trascendencia económica y social; promover, organizar y fisca- «lizar la educación sanitaria de la población y difundir el cono- «cimiento de las medidas de higiene».

CONCLUSIONES

En esta forma hemos llegado al término de este capítulo cuyas finalidades son:

a) Conseguir una asistencia individual y familiar eficiente, continua y completa;

b) Libre elección del médico por el enfermo y el libre ejercicio de la profesión por el médico; y

c) La gratuidad completa del servicio para aquel sector de la población que justamente lo merece.

CAPITULO V

ORGANIZACION DE LOS HOSPITALES GENERALES (POLIVALENTES)

Unificar el sistema de asistencia bajo una sola dirección y una sola técnica, en su funcionamiento, para asegurar una asistencia médica de igual calidad en todo el territorio. Extender la acción del hospital y la acción social de la Secretaría hacia el núcleo familiar.

La Secretaría de Salud Pública marcha hacia un objetivo amplio y claro: brindar al pueblo hospitales modernos y confortables, dotados de todos los adelantos de la ciencia, equipados sin lujos ni gastos suntuarios, pero que reúnan las condiciones necesarias para que los pacientes que en ellos se asistan, tengan la sensación y la seguridad de que todos los medios de que dispone la ciencia están a su alcance, con todas las garantías de que se rodea quien dispone de amplios recursos para luchar contra la enfermedad.

Los médicos, por nuestra mentalidad profesional, planeamos complacidos una red hospitalaria, de esas casas destinadas a albergar el sufrimiento humano. Como hombres sensibles, sin embargo, desearíamos que no fueran más necesarios los hospitales ni los mismos médicos, puesto que así se habría consumado el triunfo de la medicina, el triunfo del espíritu sobre la materia; del bien sobre el mal. Ese triunfo será posible algún día en que pierda el pasado ominoso aquellos lazaretos inhumanos, miserables rezagos del templo de Askalepios en Grecia, de los «Valetudinarios» de la antigua Roma, de las «Casas sin Puertas» del Imperio, donde se hacinaban siniestras multitudes de enfermos y de donde bastaba salir con vida para ser proclamado ciudadano libre.

La transformación del concepto de la antigüedad es obra de la Iglesia en ese período oscuro y fecundo de la historia humana que se llama Edad Media, cuando comienza a organizar la asistencia de los desventurados en las llamadas casas de Dios. Prelados, obispos y concilios toman a su cargo y reglamentan la atención de los

enfermos y desvalidos, y con abnegación —que nunca será suficientemente reconocida— imponen la caridad como criterio médico hasta que la Revolución Francesa penetra en los establecimientos eclesiásticos y los transforma en Servicio Público. Desde entonces los hospitales van resultando de un esfuerzo de sentido social, en virtud del cual la asistencia que reclama el necesitado es un derecho que refluye socialmente como un deber, no como una concesión graciosa.

En nuestro país estamos en mora, como que aun sigue atendiéndose a los enfermos con criterio de caridad, criterio suficiente en otra época, pero no en la que vivimos, que es la época de las mayores transformaciones sociales; no obstante, una gran mayoría de nuestros hospitales está ya a cargo del Estado y el Estado ha organizado su servicio, con el concepto administrativo de realizar un servicio público. Pero esta etapa debe fundarse en lo único que es compatible con la dignidad humana: en la previsión social.

Nos hallamos en un período de transición; estamos viviendo en algunos aspectos de la Edad Media, en otros apenas hemos superado la Revolución Francesa, y sólo en muy pequeña escala se ha iniciado la asistencia médica fundada en la previsión —como es el ensayo magnífico de la Asistencia Médica de los Ferroviarios, y de las Cajas del Instituto de Previsión— adopción práctica, concreta, y ejecutiva de las nuevas direcciones médico-sociales que se deben a S. E. el Excmo. señor Presidente de la Nación, quien, desde la Secretaría de Trabajo y Previsión, impuso el principio de la previsión como base de la asistencia médica, lo que supone para el futuro no sólo la solución integral y moderna de los problemas del enfermo, sino también una reorganización de la profesión médica, que no tiene más remedio que cambiar sus esquemas mentales para servir al pueblo de la Nación, contando para ello con recursos económicos suficientes y con planes justos y humanos. El médico encontrará, por ese camino, su propia solución, y en ese sentido, transcurridos no muchos años, nadie podrá dejar de agradecer al general Perón el mérito de esta avanzada y humanitaria iniciativa social, por la que tanto bregaron aquellos grandes médicos que vieron algo más allá de la simple técnica profesional.

En los albores de este siglo, sobre todo en el interior del país —y aun actualmente—, el hospital estaba rodeado de cierto temor popular, no del todo injustificado, y sólo recurrían a sus servicios los desvalidos sin hogar o los aquejados de dolencias muy graves. Están frescos en la mente de todos ciertos episodios y se sabe que aun perdura en algunos ambientes la idea de que al hospital se va sólo a morir, a esperar la muerte.

Frente a exponentes de la arquitectura hospitalaria, como los modernos, cómodos y humanos hospitales que actualmente se habitan y construyen, el pueblo terminará por olvidar esas remi-

niscencias para comprender que el hospital es un establecimiento indispensable para curarse y del cual no pueden prescindir ni las clases pudientes, ni aun cuando éstas llamen a sus curatorios con el nombre más pomposo y tranquilizador de sanatorios; gradualmente llegaremos a que los hospitales argentinos no sean sólo *«casas de enfermedad»*, sino *«casas de salud»*, de acuerdo a la nueva orientación de la medicina que tiende a evitar que el sano se enferme, o a vigilar al sano para tomarlo al comienzo de cualquier padecimiento cuando éste es fácilmente curable. En otros términos, trataremos primero de transformar los hospitales —que actualmente son *«centros de cura»*, en *«centros de medicina preventiva»*— y luego, en una segunda etapa, cuando se organicen las obras complementarias de higiene, de asistencia y recuperación social, sean verdaderos *«centros de salud»*.

Anhelamos esta transformación, porque ella es inseparable de los propósitos formulados por la Revolución y porque si pretendemos señalar una época en la historia, debemos intensificar con inteligencia y perseverancia todo aquello que sea servir al pueblo, constituído en su 65 % por los no pudientes, los más necesitados del apoyo de la Nación. En esta materia, cuanto más alta sea la inspiración moral que nos decida a obrar, menos mundana resultará la obra.

El cuerpo médico y nuestros hospitales, han procurado siempre compensar sus deficiencias técnicas y la pobreza en que todavía de debaten, sirviendo a la población según el precepto divino de ayudar al prójimo como a sí mismo.

Valga esta elevada norma cristiana como excusa de nuestras propias deficiencias y valga también el hecho de que, en nuestra patria, se presta asistencia médica sin negársela a nadie, sin hacer de ello un artículo de comercio, concepto éste que no domina en otros países que exponen con orgullo sus grandes nosocomios, pero exhibiendo en la puerta las leyes de asistencia que los cierran para el extranjero y que obligan a que todo beneficiario pague su asistencia médica.

Pero hay mucho que hacer. Nos espera una inmensa tarea, que si bien ya la hemos iniciado, prácticamente ella no comenzará hasta tener terminados nuestros planes. Por lo mismo, no miremos tanto al pasado, haciendo balances fríos de los hechos; demos por bueno lo existente y pongamos todo nuestro empeño para hacer algo mejor.

Deseamos que estas palabras sirvan de homenaje a los antecesores de la actual Secretaría de Salud Pública de la Nación, quienes con su esfuerzo contribuyeron a perfeccionar el sistema asistencial de nuestro país, y deseamos testimoniar también nuestro aplauso a todos aquellos que —sin distinción de partidos políticos—

han contribuído a la honrosa tarea de poner en funcionamiento los distintos hospitales que esta Secretaría ha habilitado y que son la síntesis de esfuerzos colectivos y espirituales.

Si se tiene en cuenta que son necesarias de 10 a 13 camas por cada mil habitantes (1,3%) para atender a nuestros enfermos deberíamos contar, como mínimo, con 150.000 camas en todo el país, y sólo disponemos actualmente de 70.000, es decir, menos de la mitad. He aquí el primer problema: construir nuevos establecimientos y darles el acento social que propugnamos.

En materia de hospitales no sólo tenemos el déficit cuantitativo que acabamos de señalar, sino que existe, paralelamente, un déficit cualitativo.

En materia de asistencia al crónico, al convaleciente y al anciano, estamos, apenas, en los rudimentos; a ese destino no contamos ni siquiera con un millar de camas para resolver ciertos problemas que, por su naturaleza, son muy penosos y escapan a toda ayuda y a todo contralor del médico y de la sociedad. ¿A qué hablar de la falta de camas para los tuberculosos y los alienados? Es un tema trillado; desde cincuenta años a esta parte, todos los gobiernos lo han afrontado con emoción, pero superficialmente, con paliativos, sin acertar con las verdaderas soluciones de fondo, que son de índole económica y social y no del resorte exclusivo de la ciencia médica. Lo mismo expresamos de los 1.700 muertos por año en accidentes de trabajo y de los 340.000 traumatizados; del abandono por el Estado de la rehabilitación y recuperación de los mutilados, verdaderos parias de nuestras cajas de seguros; de las fecundas madres, sobre todo en las llamadas provincias pobres, que no se sabe cómo se asisten en el parto y cómo atenderán luego al hijo.

La obra de asistencia social de las maternidades, iniciada hace dos décadas, ha quedado relegada a los centros urbanos, a los núcleos importantes de población con desamparo de los medios rurales que es, justamente, por donde debía haberse iniciado. Y como si esto fuera poco, cabe señalar el funcionamiento inorgánico de nuestros hospitales, consecuencia natural de la forma también inorgánica en que se han desarrollado. Los conceptos modernos de unificación en el estilo de las construcciones, en el ajuar, en los costos, en su contabilidad y administración, en su nomenclatura y estadística, son totalmente desconocidos. No hay dos hospitales iguales; no hay dos cocinas de hospital que trabajen de igual manera; no hay dos distribuciones de personal hechas de igual manera.

No señalaríamos éstas y otras deficiencias si no abrigásemos el firme propósito de repararlas, aparte de que esperamos completar la cadena asistencial con los eslabones que faltan. Si no se realiza esa obra, habremos defraudado al pueblo en la acción que tanto

espera del gobierno, por lo mismo que sabe que el general Perón es un gran realizador y un conductor identificado con sus necesidades y sus anhelos.

Y debemos iniciarla por los rincones más humildes de la Nación, sin dejarnos acaparar por la ciudad con el incentivo del prestigio y de los aplausos que allí se recogen más rápida y fácilmente.

Hemos de actuar principalmente en los pueblos apartados y pobres, aunque ello sea menos lucido, porque entendemos que la patria es una y única y no puede aceptar diferencias entre sus hijos o entre sus provincias.

Pero no es posible que todo sea obra del Estado nacional; corresponde a las provincias, a los municipios y a los vecindarios identificarse con las necesidades y los grandes problemas de la salud pública, del mismo modo que en las horas iniciales de nuestra emancipación, esos vecindarios supieron afrontar con eficacia la tremenda responsabilidad de contribuir a asegurar y a organizar la Nación, la educación común y la formación espiritual del pueblo.

Los catorce millones de habitantes de nuestro suelo pagan un tributo a la muerte que puede estimarse en 12 fallecimientos por cada mil personas. Esto significa que tenemos 168.000 bajas por enfermedad y por año. Los países más adelantados han logrado reducir esas pérdidas a una cifra que no pasa de 9 fallecimientos por cada mil habitantes. Si nos colocáramos al mismo nivel de esos pueblos, podríamos evitar esos tres muertos de cada mil, lo que significa un ahorro de potencial humano de 42.000 seres salvados en el año, con sólo valorizar y organizar debidamente nuestra asistencia médica y nuestra sanidad nacional. Evitando esas muertes, que significan, por otra parte, un capital de inversión de 210 millones de pesos por año, salvaríamos un equivalente de factores de consumo y producción.

Esas 42.000 muertes ahorradas implicarían, de acuerdo a los índices proporcionales, una cifra de enfermedades evitadas que resulta de multiplicar aquélla por 10, es decir, 420.000, así como también un triple de inválidos prevenibles, 126.000 personas, a quienes libraríamos de una existencia al margen del trabajo y de la sociedad, todo esto sin contar las derivaciones sociales de la incapacidad, la orfandad y la viudez.

Si solamente en muertes evitables, pero que no se evitan, se pierden 200 millones de pesos por año, ¿porqué no podríamos, por lo menos, invertir esa cantidad en beneficio de la salud pública? Cualquier suma que se invierta en el cuidado de la salud del pueblo, será siempre devuelta por ese mismo pueblo con creces, por los valores económicos que dejaron de perderse, ya que las cifras demuestran que la salud es un bien productivo.

Pero no todo ha de ser camas y hospitales. Un hospital bien organizado puede atender cinco veces más enfermos «verticales» que internados. Todo depende de una eximia organización de los consultorios externos, fundada en la asistencia «en equipo» dentro de los mismos y en forma seriada; de ese modo, un peso invertido en el consultorio externo rinde cinco veces más que igual suma invertida en camas de asistencia.

La aplicación de esta idea nos permitirá desarrollar la otra complementaria: la del sistema abierto, que consiste en llevar la asistencia médica al mismo domicilio, idea que ya germinó en San Vicente de Paúl, hace tres siglos, mucho antes, pues, que aparecieran las modernas orientaciones de la Seguridad Social, que la han adoptado y actualizado como una reacción defensiva del sentido del hogar y del núcleo familiar, en horas en que las masas tienden a descargar sobre la sociedad y sobre el Estado todos sus problemas y necesidades.

Un escritor argentino expresó, en cierta oportunidad, «que la muerte de un hombre representa una tragedia y la muerte de mil hombres una estadística. No era ésa, por supuesto, más que una forma de expresar sintéticamente un pensamiento político. Con ese mismo criterio, cuando hemos hablado con cifras y supuestas equivalencias económicas de la vida de un hombre, no hemos deseado otra cosa que hacernos entender por el lenguaje simple y popular de los números.

Demasiado sabemos que la vida humana no cuenta en las estadísticas y que la salud del pueblo es la mejor fortaleza de la patria y la más segura garantía de alcanzar, en la posteridad, los grandes destinos que nos están reservados como nación. Bien sabemos que la vida y la salud no nos pertenecen a nosotros, sino a Dios que nos manda cuidarnos como los bienes más preciados. Respetemos sus mandamientos. Los anales de la humanidad están llenos de formidables señales de la justicia omnipotente marcadas sobre los pueblos que se corrompieron en el descreimiento y en el materialismo, y cayeron por eso, sin la piedad de Dios y deshonrados ante la historia.

INCORPORACION PAULATINA DE NUEVOS SERVICIOS

A — 1 — *Hospitales de la Sociedad de Beneficencia.*
2 — *Asistencia Pública de la Municipalidad.*
3 — *Hospitales subsidiados (municipales, provinciales o privados).*
4 — *Incorporación de las sanidades provinciales por acuerdos leyes.*
5 — *Convenios con los sanatorios privados.*

Con el objeto de unificar la lucha contra las enfermedades en todo el territorio de la República y tendiendo en la medida de lo posible a no lesionar los intereses y autonomías provinciales, la Secretaría de Salud Pública de la Nación, incorporará, paulatinamente, todos los servicios asistenciales, privados, municipales, y de beneficencia que se acojan al régimen de la Secretaría de Salud Pública, así como también los organismos oficiales y provinciales que, por acuerdos entre la Nación y las provincias, se incorporen a la misma.

En tal sentido, su obra será la de unificar sus servicios y dotarlos con todos los elementos necesarios para que dicha asistencia sea integral y eficiente en cualquier punto de la República, por apartado que éste sea. Modificará así los lineamientos de los de beneficencia para que la atención que ellos prestan deje de ofrecerse como una limosna y sí como un derecho, y auxiliará a los provinciales y municipales, sobre todo en las provincias de escasos recursos, porque su presupuesto no les permite destinar los fondos indispensables para su buen funcionamiento.

Esta incorporación será de acuerdo a las circunstancias con los elementos legales que correspondan, con intervención del Poder Legislativo en unos casos, del Ejecutivo en otros, ya sea derogando leyes, sustituyéndolas por otras, decretos, expropiaciones, etc. La de las Sanidades Provinciales podrá llevarse a cabo por acuerdo leyes.

Asimismo, podrán hacerse convenios con los sanatorios privados, disponiendo el Estado, en cada uno de ellos, y en los lugares que lo estime conveniente, de un cierto número permanente de camas para la internación de enfermos por los «Médicos de Familia».

B — *Habilitación y funcionamiento de treinta y dos establecimientos ya construídos.*

Existen actualmente treinta y dos obras para asistencia general o especializada ya construídas o por terminarse en distintos puntos de la República, las que se irán inaugurando paulatinamente y librándolas de inmediato al servicio público.

La primera de la serie fué el Hospital Regional Mayor «17 de Octubre» en Río Cuarto, provincia de Córdoba, inaugurado el 22 de septiembre del corriente año; la segunda fué el Hospital Local Menor «Ojo de Agua», entregado al servicio público el día 26 de octubre ppdo., después de 17 años de estar terminado; próximamente será el Hospital «José Irurzún», de Puerto Quequén, en la provincia de Buenos Aires y tal ritmo se continuará con los restantes.

INTERNACION DE LOS ENFERMOS REMITIDOS POR LOS «MEDICOS DE FAMILIA»

Dentro del plan de semisocialización de la medicina, se contempla la incorporación a la Secretaría de Salud Pública, de un gran número de médicos que rentará el Estado y que, distribuídos convenientemente en la Capital de la República y en todas las poblaciones del interior del país, podrán ejercer libremente su profesión, pero deberán destinar cierto número de horas para la asistencia diaria de la población indigente y también de aquellos cuyas rentas a determinarse, no les capaciten para poder hacer frente a los gastos que demanda una enfermedad.

Estos profesionales serán los denominados «Médicos de Familia» los que, cuando lo estimen necesario, podrán aconsejar la internación de enfermos en los establecimientos dependientes de la Secretaría de Salud Pública, o en los sanatorios privados con los que ésta tenga convenios previos, ya sea para su mejor asistencia o para que se les practiquen los exámenes que se crea conveniente para un diagnóstico acertado.

CONSTRUCCION DE UNA RED NACIONAL DE SERVICIOS MEDICOS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES REGIONALES

A — Ubicar los Hospitales racionalmente de acuerdo a:

1 — CLIMA Y SUELO. — Hasta el presente, la ubicación de los establecimientos hospitalarios, ha obedecido con cierta frecuencia, no a necesidades reales del medio, sino a determinados intereses localistas, políticos, etc., o han sido el exponente de la generosidad de personas bien intencionadas que ofrecieron al Estado edificios que luego demostraron en la práctica no reunir las condiciones, a veces mínimas exigibles, que debían poseer para llenar los fines a que habían sido destinados.

Esa época ha desaparecido, y la Secretaría de Salud Pública, como entidad técnica, ubicará sus establecimientos con un sentido racional para lo que tomará en cuenta todos los factores que en una u otra forma pudieran incidir sobre ellos.

Dos aspectos primarios a tenerse en cuenta son: uno físico, referente al clima y al suelo; otro demográfico, referente a la densidad de la población y a las zonas industriales.

El primer aspecto a considerarse, el determinado por las características físicas, (clima y suelo) se presenta en nuestro país como primer problema a resolverse.

La participación que de los tres grandes climas, tropical, templado y frío tiene la vasta extensión del territorio patrio, pone de relieve que los tipos de construcción a realizar, han de uniformarse de acuerdo a las características de cada una de esas tres grandes regiones.

Un establecimiento hospitalario, tomemos por ejemplo un hospital de 160 camas, tendrá sus características constructivas muy distintas según esté ubicado en el territorio del Chaco, en la provincia de San Juan o en un territorio patagónico. Deberá desaparecer cierta tendencia a una «standardización» equivocada, que sólo atendía a un criterio económico en el que se observaba, por ejemplo, una escuela de igual construcción en el territorio de Misiones que en la localidad de Esquel, territorio del Chubut.

La «standardización» deberá existir. Pero el criterio será: a regiones de iguales características corresponderán iguales edificaciones, después de haber llegado a establecerse el edificio «tipo», ideal para cada región.

En términos generales, tendríamos que así como en una zona cálida el hospital ha de tener amplios corredores, grandes galerías, techos de teja con cámaras de aire, arboledas abundantes, un sistema de refrigeración eficiente, etc.; en contraposición, para uno ubicado en zonas frías, todas las previsiones arquitectónicas tenderán a darle el confort y la protección para defenderla de la adversidad climática.

2. — DENSIDAD DE LA POBLACIÓN

Zonas Industriales: Como regla general, a mayor densidad de población, mayor capacidad asistencial de los servicios y mayor variedad de cada uno de éstos.

A una mayor variedad de servicios, una mayor división del trabajo, lo que conduce a la función especializada. Vale decir, que en la zona de gran densidad de población, los establecimientos poseerán todos los consultorios y el personal técnico, sub-técnico y ayudantes correspondientes a las especialidades en que se divide la medicina actual, comenzando por las cuatro grandes clínicas (médica, quirúrgica, pediátrica y obstétrica) y dentro de cada una de éstas, todas las distintas especialidades que el progreso constante de la ciencia ha hecho necesarias, limitado como está el ser humano para abarcar por sí solo todos los conocimientos médicos.

En zonas de escasa o poca densidad demográfica, los servicios tendrán menor capacidad y sólo limitados a las cuatro grandes clínicas, sin descuidar, no obstante, el que estén provistos de los auxiliares del diagnóstico, como laboratorios de análisis clínicos, sala de rayos X, etc.

Entre estas dos situaciones casi extremas, se contemplarán todas aquellas intermedias.

Hemos mencionado al principio la frase «capacidad asistencial». Debemos aclarar que, al referirnos a ella, lo hacemos involucrando el internado y el externado, vale decir, los consultorios externos, los que existirán en número suficiente y con todos los elementos más modernos de diagnóstico y tratamiento, donde se llevará un historial clínico completo del enfermo, dándoles así la jerarquía que les corresponde.

En general, y para aquellos establecimientos a ubicarse en zonas de escasa densidad de población, se ha previsto una capacidad asistencial en grado mayor que la que exigirían las necesidades actuales, contando con el aumento de población ya sea el vegetativo, como el que estará condicionado al aporte inmigratorio.

En las zonas industriales se establecerán hospitales para gremios. Su funcionamiento se orientará a prevenir las enfermedades profesionales, disminuir los riesgos del trabajo y atención adecuada a los accidentados con vista siempre a evitar en lo posible las incapacidades de orden permanente que los accidentes de trabajo ocasionan, o, por lo menos, a disminuirlas.

Estos hospitales para gremios tomarán las características de los medios asistenciales regidos por los sistemas de mutualidades, es decir, que los mismos que recibirán sus beneficios contribuirán a su sostenimiento mediante el aporte de mínimas cuotas mensuales, lo que les dará el carácter de exclusivos para los componentes de un determinado gremio y sus familias. Con esto, el hogar obrero habrá alcanzado una protección integral en lo que a su asistencia médica se refiere y, al gozar de este enorme beneficio, gozará de la tranquilidad que trae aparejada el saberse protegido contra las enfermedades.

3. — MEDIOS DE TRANSPORTE ACTUALES Y FUTUROS. — Ofrece actualmente muchas dificultades el traslado de enfermos clínicos y quirúrgicos de localidades donde no pueden ser tratados a otras que cuenten con servicios hospitalarios. La dificultad estriba en que no se cuenta con suficiente número de ambulancias para cubrir trayectos algo extensos, como así tampoco de aviones sanitarios para evacuar a aquellos que requieren internación en grandes institutos, generalmente ubicados éstos en las ciudades capitales.

Exactamente la misma dificultad se observa en los casos de urgencia en que es imprescindible utilizar el último medio del traslado mencionado.

El problema expuesto tratará de ser solucionado mediante la adquisición de modernas y veloces ambulancias como así tam-

bién del suficiente número de aviones sanitarios. Ambas clases de transporte deberán actuar conectadas entre sí y éstas a su vez en relación con la Red de Polivalentes; en esa forma se zanjarán las dificultades actuales y se conseguirá que los afectados de enfermedad clínica o quirúrgica grave, que no puedan ser tratados donde radiquen, sean trasladados a la brevedad, recibiendo únicamente en el lugar, sean trasladados a la brevedad, recibiendo únicamente condiciones de afrontar y soportar el viaje.

Casi resultaría inoficioso detallar que tanto las ambulancias aéreas como terrestres estarán atendidas por personal sanitario especializado y contarán con todos los elementos que permitan atender durante el viaje al enfermo que transportan.

Además de estos servicios para evacuación de enfermos, se contará con Unidades Sanitarias Móviles, cuyo fin primordial es prestar asistencia médica curativa y preventiva a aquellas pequeñas localidades rurales que no sean sede de ningún servicio médico asistencial; esas Unidades Móviles contarán con consultorio médico y odontológico y efectuarán giras periódicas en circuitos establecidos.

Además de su acción médica, efectuarán divulgación sanitaria mediante el dictado de clases y conferencias sencillas con temas establecidos, etc.

También estas Unidades Sanitarias se movilizarán hacia aquellas zonas endémicas o no, en que ocurra alguna epidemia, a fin de prestar la atención médica del caso; asimismo, deberán concurrir de inmediato hacia aquel punto en que ocurra una catástrofe o un cataclismo; mantendrán conexión con las Inspecciones y Delegaciones Seccionales de provincias y territorios, a los efectos de su labor ordinaria y extraordinaria.

4. — UBICACIÓN EN TERRENOS NO MENORES ENTRE 2 Y 10 HECTÁREAS. — La finalidad consiste en que los hospitales puedan disponer de terreno lindante a fin de que en él se pueda contar con huerto, quintas, jardines, arboledas, colmenares, criadero de aves, etc., que permita —aunque sea parcialmente— su abastecimiento propio; además tiende a que la laborterapia pueda cumplirse por parte de aquellos enfermos en estado de recuperación orgánica y, se evitará con ello que el individuo pierda el hábito del trabajo por la semiholganza que actualmente se ve obligado a guardar en la mayoría de los hospitales.

Los grandes espacios libres y con vegetación, tienen, además, la ventaja de tranquilizar el sistema nervioso, siendo un sedativo para aquellos que deben obtener su recuperación orgánica mediante una prolongada estada hospitalaria. Permite también el contar con espacio disponible para las futuras ampliaciones que

demanden los hospitales, ya sea con la construcción de pabellones próximos a los existentes, o aislados para determinada enfermedad.

Los establecimientos menores (Hospital Local, Estación Sanitaria) contarán con una o dos hectáreas de terreno; los de Zona, con mayor espacio, tres a cuatro según la región y las posibilidades que existan; y para los grandes hospitales se dará preferencia a que se instalen en gran extensión, aun cuando su ubicación no permita ser dentro del ejido urbano.

La ornamentación en forma de jardines o parques deberá tenerse especialmente en cuenta.

Desde el punto de vista estético cambiará la fisonomía del hospital al comunicarle vida con sus matices, quitándole el aspecto de frialdad que tanto hiere al espíritu del enfermo ya de suyo predispuesto a la melancolía.

Pero, en particular, se dará preferencia al arbolado sobre el jardín. El árbol, mediante la función clorofiliana de las hojas purifica el aire, mejorando las condiciones ambientales. Ubicados convenientemente, son elementos protectores de la inclemencia del tiempo, ya sea de los fuertes vientos o de las irradiaciones solares excesivas.

Deberá buscarse la mayor variedad y, en particular, utilizar los de hojas perennes.

El mismo criterio se propondrá para la confección de los cercados, eligiendo los de fácil plantación y mantenimiento como ligustros que mantienen su verdor en todas las épocas del año.

INSTITUTOS ESPECIALIZADOS: Completando las construcciones de la red de establecimientos de asistencia general cuyas características esenciales se han trazado anteriormente, se proyecta, en el Plan Quinquenal de Salud Pública, la erección en las ciudades de Buenos Aires, Rosario y Córdoba, de grandes establecimientos que involucren cinco institutos de distinta especialización cada uno de ellos. Se han indicado esas tres principales ciudades por ser centros que absorben una gran cifra de población no sólo urbana, sino también ex-urbana, y la especialización que en ellos se realizará, servirá de escuela para los médicos que presten su asistencia en el interior del país.

En el cuadro siguiente puede observarse la especialización y número de camas con que contará cada uno de esos institutos.

	Bs. As.	Córdoba	Rosario
Instituto de medicina de urgencia (clínica, cirugía y traumatología)	500	150	150
Instituto de cardiología	50	50	50
Instituto de neurocirugía	50	25	25

Instituto de cirugía de tórax	50	50	50
Instituto de gastroenterología ..	50	50	50
	700	325	325

TOTALIZANDO LOS 3 INSTITUTOS: 1350 camas.

Con los institutos de medicina de urgencia se trata de solucionar ampliamente un importante problema médico, pues es harto sabido que actualmente ello no ha sido enfocado debidamente, pese a la ardua tarea que se cumple en las distintas guardias de los hospitales.

Esos institutos contarán con todo el material necesario para poder solucionar de inmediato lo atinente al traslado rápido y directo del enfermo, ya sea de afección clínica o quirúrgica, involucrándose en esto el tratamiento inmediato de los casos de traumatología.

B — Construcciones de acuerdo a la Defensa Nacional

En las construcciones hospitalarias se tendrá en cuenta todo aquello previsible, a fin que los distintos policlínicos reúnan condiciones que satisfagan las necesidades de la Defensa Nacional.

Es así que en los proyectos de edificación se tendrá siempre presente la construcción de amplios sótanos a efectos del asilo temporario de los internados cuando ello sea necesario; la construcción de amplias galerías y solarios anexos a las salas y destinados en caso de emergencia a internación de enfermos; la construcción de patios que puedan ser fácilmente cubiertos con techos de emergencia, con el mismo fin que las galerías y solarios, vale decir, que se transformarán en salas de emergencia.

Cada unidad, especialmente los grandes hospitales, deberá contar con un grupo electrógeno propio e independiente; ello es básico puesto que se debe prever que el hospital cuente siempre con suministro de energía eléctrica; este grupo electrógeno independiente deberá estar acoplado a la red eléctrica del establecimiento. También cada hospital será ampliamente dotado de faroles de nafta o kerosene, pilas y linternas en cantidad, todo ello tendiente a que la iluminación sea factible en caso de inutilización del grupo electrógeno precitado.

Con este grupo electrógeno se asegurará la iluminación del hospital; funcionamiento de estufas, cocina, desinfección, cirugía, etc.

Además, en cada policlínico se preverá lo necesario a fin de que cuente con instalación de agua, tomada de napa subterránea, independiente de la red de uso común. Los motores necesarios serán adaptados al grupo electrógeno o según la zona, podrán ser del tipo alimentado a nafta o petróleo, en previsión de la posible destrucción del grupo electrógeno mencionado. Periódicamente serán

puestos en uso a fin de comprobar su debido funcionamiento, pudiendo utilizarse esa agua en riego de jardines, etc.

Las cañerías y depósitos de agua serán servidos por un clorinador a efectos de neutralizar la contaminación probable de la napa subterránea.

La evacuación de las aguas también será prevista; de modo que las aguas provenientes de cocina, previo desgrasamiento de las mismas, irán por cañería a los jardines o espacios muertos; las materias no líquidas (algodones, desechos alimenticios, papeles, etc.) deberán ser colocados en tanques por cada sala y de allí trasladados al exterior (fosa móvil).

Además, los depósitos del hospital tendrán suficiente cantidad de alimentos conservados y condensados como para poder abastecerse por sí mismos durante un tiempo prudencial; el «stock» de medicamentos, instrumental, drogas, etc., será reforzado para un eventual uso de urgencia y emergencia.

POSIBILIDAD DE CUMPLIR LA CIRUGÍA DE GUERRA EN CASO DE EMERGENCIA

Será principal preocupación de las autoridades de los hospitales, adiestrar convenientemente a todo el personal —siguiendo directivas superiores— para poder cumplir lo enunciado.

A tal fin, todos y cada uno de los integrantes del personal del hospital, deberán saber qué puesto y qué función deberán asumir en caso de emergencia, con el objeto de que en el caso citado, no se produzcan confusiones ni improvisaciones de ninguna especie.

Se formarán gradualmente distintos equipos, citándose entre otros los siguientes: uno de clasificación previa de los heridos que lleguen, a efecto de su ulterior traslado al equipo que corresponda; este primero, lógicamente deberá estar a cargo de personal médico y enfermeros muy eficientes, largamente avezados por una labor quirúrgica continuada y permanente.

Otros serán destinados a: equipos transfusores (sangre, plasma, etc., se contará siempre con reservas de este material); de tratamiento de quemados, de tracciones, de reducciones, de yesos, de curaciones, de gran cirugía de gangrenados, etc., etc., y así tantos grupos como sea necesario. Con estos equipos quirúrgicos, formados previamente, y de los cuales cada constituyente deberá conocer en forma eficiente su función y dónde le corresponderá actuar, puede de inmediato el hospital iniciar su labor en caso de emergencia, evitándose el confusionismo del primer momento.

También la atención hospitalaria preverá lo conducente a la evacuación de todos aquellos enfermos que necesariamente —en el momento de iniciarse la emergencia— no deban permanecer internados: a tal efecto, se tendrá presente en qué lugares del vecindario podrán ser evacuados; se cita como ejemplo, qué enfermos se deberán evacuar: crónicos compensados; diabéticos que no se ha-

llen en peligro; hemipléjicos en período no agudo, hepáticos comunes, etc. No serán evacuados, por ejemplo: cardíacos en descompensación, operados recientes, etc., etc., En esa forma quedará disponible el mayor número de camas, a las que se sumarán todas las que se habiliten en galerías, patios, solarios, etc., etc.

Los depósitos del hospital contarán con tabique, pisos, techos, maderamen en general y prefabricado, para levantar de inmediato salas o barracas sanitarias de emergencia; carpas quirúrgicas, etc.

Todo ello será efectuado en íntima conexión con el Consejo de Defensa Nacional.

C — Red de Hospitales Polivalentes a construir

La falta de hospitales estratégicamente ubicados de acuerdo a las necesidades regionales del país; la escasez de los mismos y el bajo número de camas para internar enfermos, es un problema vastamente conocido.

En el interior surge otro problema: el de las enormes distancias que el enfermo debe recorrer buscando internación, con el riesgo de llegar al pueblo o ciudad que posee hospital y no poder asistirse dado que, las más de las veces, éste tiene colmada su capacidad. Algunas cifras aclararán estas líneas anteriores: calcúlase en 10 el número de camas necesario para satisfacer las necesidades de internación de cada mil habitantes, no entrando en este cálculo las enfermedades crónicas, es decir, aquellas que requieren una internación prolongada (tuberculosis, cáncer, lepra, alienados, etc.); cítase a continuación cuál es el por mil con que actualmente cuentan algunas provincias y territorios:

Santiago del Estero	0,90	‰
Chaco	1,14	»
Tucumán	1,49	»
Misiones	1,82	»
Neuquén	2,05	»
Formosa	2,20	»
Corrientes	2,20	»
San Luis	2,76	»
La Pampa	3,02	»
San Juan	3,03	»

Y sigue así un aumento gradual hasta llegar a la provincia de Buenos Aires con 6,18 por cada 1.000 habitantes. Como puede observarse, todas las provincias y territorios se hallan muy por debajo de la cifra ideal de 10 camas por cada 1.000 habitantes.

Con las construcciones que en este Plan Quinquenal se proyectan, lógrase elevar estos bajos promedios en forma harto satisfactoria. Así es que las provincias y territorios citados en el ejemplo anterior elevan su número de camas en la forma siguiente:

Santiago del Estero	de	0,90	a	3,02
Chaco	»	1,14	»	3,55
Tucumán	»	1,49	»	4,61
Misiones	»	1,82	»	4,20
Neuquén	»	2,05	»	7,52
Formosa	»	2,20	»	8,01

A fin de determinar las distintas ubicaciones se han tenido en cuenta —entre otros— los siguientes factores:

a) armamento sanitario actual

b) cifra de población

c) aislamiento geográfico de algunas localidades

d) necesidad de que dentro de lo posible, toda localidad de relativa importancia cuente con el armamento médico sanitario que permita satisfacer sus necesidades más indispensables.

Esta amplia red de «Polivalentes» estará constituída por unidades de distinta importancia que van, desde el Puesto y la Estación Sanitaria con 14 camas de capacidad, hasta el Gran Hospital Urbano con 1.000, pasando por el Hospital Local de 40, el de Zona con capacidad de internación entre 100 y 250 y el Regional desde esa cantidad hasta 500 o más camas.

Cómo se definen estos establecimientos:

1. — PUESTO SANITARIO: Es una entidad sanitaria instalada en lugares apartados y de escasa población, que funcionará a cargo de un enfermero. Realizará servicios de primeros auxilios y vacunaciones profilácticas, así como inyecciones y toda otra indicación que formularán el o los médicos encargados de las Estaciones Sanitarias y Unidades Sanitarias Móviles de las que dependan.

2. — ESTACION SANITARIA: Es una entidad sanitaria instalada en núcleos urbanos pequeños, cuya finalidad es hacer medicina integral, preferentemente en consultorios externos; deberán contar con internación reducida a 14 camas, permitiéndose así atender los enfermos cuya urgencia lo justifique, ya sea para los casos quirúrgicos, clínicos y obstétricos.

3. — HOSPITAL GENERAL: Es un establecimiento público que tiene por finalidad el tratamiento de los enfermos afectados de cualquier dolencia, no especializada; su capacidad es muy distinta de acuerdo a las localidades o regiones en que se instalarán, variando ésta entre 40 y 1.000 camas. De acuerdo a su capacidad, es que se los ha clasificado en Hospitales Locales, de Zona, Regionales y Gran Hospital Urbano.

Resultaría innecesario expresar que las Estaciones Sanitarias se han ubicado en aquellas localidades de poca población y los policlínicos mayores, en las importantes.

Es conveniente aclarar que en algunas ciudades o localidades que cuentan con hospitales, la capacidad de ellos resulta insufi-

ciente para su población o bien los mismos adolecen de serios defectos o se hallan en estado ruinoso. Ello ha sido también previsto, proyectándose construir policlínicos que complementen o reemplacen los existentes. Como ejemplo se citan los hospitales Padilla y Santillán de la ciudad de Tucumán, insuficientes en cuanto a capacidad y en estado prácticamente ruinoso. Atento a tal situación, son reemplazados por un Gran Hospital Urbano, con función de Hospital Regional de 1.000 camas de capacidad. Otro ejemplo: el Hospital de la Ciudad de Villa María (Córdoba) resulta insuficiente y se halla en buen estado edilicio; se complementa con otro de 160 camas de capacidad. En Viedma, Río Negro, el actual nosocomio no es suficiente para satisfacer las necesidades regionales; se amplía su máximo actual de 70 camas a 250, mediando una construcción para 180 camas de capacidad.

De acuerdo a la importancia de cada unidad, ésta tendrá el o los consultorios externos adecuados, como así también los anexos médicos necesarios: farmacia, laboratorios, rayos X, metabolismo basal; etc., etc.

Además, aquellas unidades pequeñas estarán en conexión con otras más importantes, lo cual equivale a que el enfermo que, por la importancia o gravedad mediata o inmediata o pesquisa de su mal, no pueda ser debidamente atendido en el lugar donde radique, podrá ser trasladado a otro centro médico importante.

Como puede apreciarse en los mapas adjuntos, en las construcciones de los distintos policlínicos (pequeños o grandes) predomina en forma elevada el de las estaciones sanitarias de 14 camas y el de hospitales locales de 40 camas; podrá aducirse que ello encarece el costo asistencial y de construcción, lo cual no deja de ser cierto, pero ese número elevado, más de 120 estaciones sanitarias y de 76 hospitales locales, hace que más de 200 localidades rurales, más las vecinas, puedan contar con los establecimientos destinados a la salud pública de que antes carecían. Con ello, se logra la siguiente primordial ventaja: evitar la dificultad de traslado de enfermos al poder ser atendidos donde radican.

Dado lo determinado anteriormente, en cuanto se refiere a la dotación del material de investigación según la importancia de los establecimientos, cabe hacer notar que los enfermos susceptibles de más completa atención (investigaciones y estudios complementarios) serán trasladados a los hospitales de zona o regionales, donde, en este caso, podrán ser convenientemente asistidos. El objetivo logrado con ello será el de no gravar el presupuesto dotando innecesariamente de costosas instalaciones a las unidades menores que, mediante tal procedimiento, podrán prescindir de ellos.

NORMAS GENERALES PARA LA CONSTRUCCION DE POLICLINICOS

DE LAS SALAS DE INTERNACIÓN. Se procurará que los ambientes tengan una capacidad de 4 enfermos, ya sea que pertenezcan a las secciones clínicas, de cirugía, partos, niños, etc. y aún en estos ambientes se podrá instalar algún tabique que los subdivida en boxes o celdas para 2 camas cada uno o 1 y 3 respectivamente; se tiene así la ventaja de contar con lugar aislado para atención de enfermos que necesiten aislamiento casi absoluto, por ejemplo, internos afectados de enfermedad nerviosa, tiroidea, etc. Con esos ambientes reducidos se evitarán las salas generales que existen en casi todos los hospitales actuales; sería innecesario detallar los inconvenientes de ese tipo de sala, para justificar las ventajas de los ambientes reducidos; con todo, se citan algunos inconvenientes de las salas generales: es desagradable para un internado ser vecino de lecho de un enfermo grave o moribundo; un recién operado o los que sufren, hállanse incómodos por la presencia de otros pacientes que por su mejor estado dedican su tiempo a distracciones y vice-versa; las visitas en las salas comunes agradan a unos enfermos y fastidian a otros; la buena evolución de las heridas es propia de los ambientes chicos, puesto que en las salas comunes no se puede separar los asépticos de los infectados, etc.

En aquellos establecimientos de 40 camas hasta los grandes hospitales, las distintas secciones clínicas, quirúrgicas, maternidad, etc., pasarán a constituir los departamentos de cada una de ellas, agrupados armónicamente.

En los servicios reducidos, como en la Estación Sanitaria, cada ambiente será ocupado según los enfermos que ingresen, vale decir, que no habrá camas específicamente asignadas para determinada categoría de enfermos.

Hacen excepción los enfermos infecto-contagiosos; para esta clase, las Estaciones Sanitarias contarán con 2 habitaciones, una para cada sexo, con una sola cama de capacidad (aunque la habitación será amplia para otra de emergencia) y con baño completo, anexo a la habitación. Como es lógico, a medida que los establecimientos aumenten su capacidad de camas, paralelamente aumentarán las comodidades para poder instalar mayor número de enfermos infecto-contagiosos. En la construcción de esos servicios se preverá que las habitaciones sean independientes; a lo sumo habrá habitaciones para dos enfermos con tabique intermedio. Contarán con baño propio cada una o uno para cada 2 camas.

En las salas destinadas a niños —se sobreentiende que en los hospitales superiores a 40 camas—, cada cama estará separada de la vecina con boxes de vidrio, techados; en esa forma se tratará de evitar la propagación de epidemias en las salas respectivas.

En lo que respecta a los departamentos para maternidad, contarán con la sección de embarazo (preparto), puérperas e infectadas; como en todos los casos, los ambientes serán de la capacidad que anteriormente se indicó: 4 camas. Los distintos departamentos o secciones contarán con una habitación anexa destinada al examen o curación de las respectivas internadas; esta habitación contará con los «placards» necesarios para guardar distintos elementos de uso habitual de la sala, como así también con estanterías embutidas de madera y con casillero para guardar inyectables, medicamentos etc., de uso común, teniéndolos así clasificados. Estos anexos no se constituirán en los servicios de capacidad reducida.

DETALLES COMUNES PARA TODAS LAS SALAS

ORIENTACION: Deberá ser la más favorable, teniéndose presente que en ella pasarán la mayor parte de su tiempo. En nuestro hemisferio, para aprovechar las ventajas de la luz y del sol, la orientación de las salas debe ser hacia el N. N.E. En los servicios reducidos como son las estaciones sanitarias (14 camas) y en los hospitales locales (40 camas) ello es fácil de conseguir, puesto que siendo edificios construídos en una sola planta, se seguirá en la construcción el sistema longitudinal de Dosquet; para otros habrá que adoptar la disposición radiada de Lille, la cual no puede seguir el principio de orientación señalado. Por último, para los hospitales mayores, cuya construcción será del tipo monoblock, cuando la zona lo permita, se tratará de que las secciones o departamentos destinados a enfermedades o especialidades que requieran prolongada internación, guarden la orientación ideal hacia el N. N.E. y que aquellas secciones o departamentos quirúrgicos u obstétricos, por ejemplo, de corta internación, no guarden esa orientación, no gozando de ese beneficio, que no incidirá sobre el enfermo dado su poco tiempo de hospitalización. Además, la orientación tendrá que estar supeditada a las distintas regiones del país y de acuerdo a los vientos reinantes, zonas de temperaturas extremas, etc.

CAPACIDAD: Cada cama estará separada de la otra por un espacio no menor de 0,90 mts.; la altura de las salas supeditadas a sus condiciones de aireación y ésta de acuerdo a la climatología local.

ILUMINACIÓN: Será variable, por las razones puntualizadas anteriormente (clima, zona, etc.). En líneas generales la iluminación será general y local; esta última tratará de humanizar la vida de los internados; se obtendrá colocando pequeños focos o veladores sobre las aplicaciones murales de mármol con cajón metálico por debajo, que suplantarán a las antiestéticas y clásicas mesitas de luz. El dispositivo eléctrico que se utilice concentrará su luz en una sola cama, evitando molestias a los vecinos.

En cuanto a la luz natural se procurará que los ventanales no estén ubicados frente a los enfermos a fin de evitar la molestia de la luz directa; ésta se regulará con persianas (de distinto material según la zona) que regulen la entrada de la luz.

PINTURA Y COLOR DE LAS SALAS: Se dará preferencia a los colores claros para favorecer la reflexión de la luz, evitándose los colores brillantes; los mejores son el verde, gris y amarillo en tono mate que evitan reflexiones violentas y fatigantes para la vista.

PISOS: En la gran mayoría de los distintos policlínicos, y muy especialmente en los ubicados en zonas rurales, se dará preferencia al piso de baldosa. Se preverá que no existan escalones en las puertas de entrada y salida de las salas por el desnivel que éstos producen; se suplantarán por rampas de acceso (aunque puede haber escalones a sus costados); así se facilita el transporte de enfermos en camillas o camas rodantes; la circulación y traslado de carros térmicos, de curaciones, etc.

SALAS DE OPERACIONES: Todos los servicios que constituirán la Red de Polivalentes contarán con servicios quirúrgicos que irán desde la simple sala de cirugía de urgencia de las estaciones sanitarias hasta el departamento de cirugía con tantas salas como sea necesario y de acuerdo al número de camas específicamente destinadas a ese servicio.

La razón fundamental de que cada establecimiento por mínimo que sea cuente con una sala para cirugía, es la necesidad de que el caso quirúrgico agudo que se presente, pueda ser tratado de inmediato e «in situ», evitándose pérdidas valiosas de tiempo y traslados no siempre posibles; en cambio, aquellos enfermos quirúrgicos no agudos deberán ser en lo posible evacuados a un hospital de zona o regional, que estando mejor dotados en cuanto a investigaciones clínicas, permitirá un mejor estudio y ulterior tratamiento.

Desde luego que estas salas de cirugía tendrán una construcción, detalles y organización distintos según la importancia del establecimiento: así que las estaciones sanitarias, tipificadas todas ellas, no contarán con sala especial para anestesia y postoperación; pero se preverá que sus contornos, como los de todas las salas, sean curvos; que sus paredes contengan vitrinas empotradas para guardar material quirúrgico; que haya aplicaciones murales de mármol (mesa); negatoscopio empotrado; además, anexa a ella habrá sala conjunta destinada a lavado del médico; esterilización; higienización del material; preparación del mismo, etc.; todo ello con el objeto de no encarecer el costo de construcción de estas estaciones sanitarias de capacidad reducida.

Por el contrario, las salas de cirugía de los hospitales mayores contarán con todos los detalles y adelantos modernos arqui-

tectónicos; ellos contarán con habitación anexa e independiente para el cambio de ropa de los cirujanos; con sala de lavado; vestuario; sala para anestesia y para post-operaciones, como así también con local independiente para el esterilizado y preparación del material.

Las salas contarán con una sola mesa de operaciones, desechándose las salas con 2 mesas; serán de dimensiones medianas, 5,50 x 5,50, con paredes lisas, sin juntas, de ángulos redondeados y techo en cúpula, de ser posible; solamente deberán contener la mesa operatoria, tambores de gasa e instrumental, aboliéndose toda clase de repisas, armarios y otros elementos. En los grandes hospitales se contará con «observatorios» que estarán situados por encima de las salas de operaciones; la ventaja estriba en que están situados fuera de la sala y el acceso se efectúa sin atravesarla; la observación, a través de un plano transparente.

Cuando en un servicio de cirugía deba, de acuerdo al número de camas destinadas a ese fin, contar con 2 ó más salas para operaciones, éstas estarán conexas unas con otras, pudiéndose seguir los lineamientos generales concebidos según Gosset y Hauduroy; será ventajoso que todo el departamento quirúrgico se halle ubicado en una misma planta o piso. En cuanto a la orientación de las salas para operaciones, no es imprescindible que ella lo esté en ubicación directa de la luz solar, puesto que hay que dar privilegio a la iluminación artificial por las garantías de la misma; además, el exceso de luz solar puede ser contraproducente por la irradiación calórica excesiva que ella produce.

SERVICIOS DE RADIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA. Todos los establecimientos contarán con estos importantes anexos médicos; y para los distintos servicios, su menor o mayor importancia estará supeditada al volumen cuantitativo y cualitativo del establecimiento. Así es que las estaciones sanitarias contarán con un sencillo aparato de rayos X del tipo portátil, imprescindible en medios aislados para complementar el diagnóstico médico. Desde este servicio elemental se llegará, atravesando por gradaciones, al gran servicio modelo de radiología y fisioterapia que se instalará en nosocomios de 200 a más camas y que en líneas generales se esboza a continuación:

Local con cabinas independientes para aparato de ondas cortas; diatermia; ultravioleta; infrarrojos; aparatos de rayos X para radioterapia que abarque toda la gama de 60 kilovolts. a 250; utilizándose así para la radioterapia superficial, semipenetrante y profunda; el local será blindado en 3 mms. de plomo o su equivalente en cemento.

La sección radiodiagnóstico necesitará disponer de 3 locales por lo menos de acuerdo a la categoría del establecimiento y a saber:

en uno de ellos, equipo de radiodiagnóstico de aparato digestivo de 200 miliamperes, con tipo Rotalit y mesa con Potter Bucky, seriógrafo; en el segundo local, análogo aparato para radiografías de tórax y radiodiagnóstico en general y en la tercera sala utilizando ese aparato para catastros (roentgenfotografía). Anexo a esta sala de radiodiagnóstico, la sala de revelación con tres tanques para revelado, lavado y fijado de películas, soportes para marcos; armarios embutidos para guardar películas vírgenes y reactivos, etc. Complementan esta instalación los distintos elementos protectores del médico y ayudantes, inoficioso detallarlos aquí; el cuarto archivo para películas; escritorio, baño, etc.

LABORATORIO Y FARMACIA

Al igual que los demás servicios complementarios tendrán una importancia concordante con la categoría del establecimiento. Así es que las estaciones sanitarias contarán con una farmacia mínima a base de elementos «standardizados», como ser: comprimidos, inyectables, etc. ya preparados y que respondan a fórmulas preestablecidas y concordantes con la patología regional; estas farmacias mínimas estarán a cargo de un enfermero o de un idóneo para aquellas situadas en zonas más densamente pobladas. En los hospitales de 40 camas, la farmacia tendrá más amplitud y, por último, en los hospitales mayores, la farmacia será completa, elaborando ella misma distintas fórmulas farmacéuticas, pero utilizando también los productos preelaborados por las dependencias y fábricas con que contará la Secretaría de Salud Pública.

En cuanto a laboratorio, exactamente lo mismo que para las farmacias; en las estaciones sanitarias, será mínimo, al alcance del médico, quien podrá así efectuar análisis y determinaciones sencillas; aquellos otros que no pueda realizar serán efectuados en los hospitales de zona y regionales, que siempre estarán en conexión con las estaciones sanitarias; en esos establecimientos los laboratorios tomarán un volumen concorde con el tipo de hospital de que se trate y en la forma que se detalla en el subcapítulo correspondiente.

CONSULTORIOS EXTERNOS

Se prestará debida atención para que cada establecimiento cuente con el o los consultorios externos necesarios de acuerdo al tipo de hospital y a la cifra de población de la zona de influencia. En ellos se tratarán todos los enfermos ambulatorios, y allí se seleccionarán y estudiarán los que deban ser internados, traduciéndose así un sensible ahorro de días de hospitalización.

Siempre se tratará que en los edificios de más de una planta, los consultorios externos estén ubicados en la baja, no siendo conveniente que el enfermo penetre en el interior del hospital; las salas de espera deberán ser amplias y cómodas, con dotación de los servicios sanitarios indispensables.

Es conveniente que cada consultorio externo esté dotado de una pequeña sala anexa que se utilizará para desvestirse el enfermo; en aquellas estaciones sanitarias mínimas estará dividido por un tabique que permita la atención simultánea de los enfermos; contará con «placards» y estanterías empotradas a fin de guardar los elementos de uso habitual, como así también aplicaciones murales de mármol para la colocación de distintos elementos, trayendo ello un apreciable ahorro de muebles sanitarios y espacios.

SALA DE EMERGENCIA, INYECCIONES, CURACIONES, ETC.

También, de acuerdo al tipo de policlínico, su importancia será mayor o menor; en los servicios reducidos y rurales será suficiente una sola para esos servicios; en los grandes, serán locales separados con todos los detalles ambientales imprescindibles. Así por ejemplo, la sala para inyecciones será amplia, con boxes o celdas que permitan la ubicación y atención simultánea de gran número de enfermos; contará con estanterías y casilleros que permitan guardar y clasificar los distintos inyectables, etc. En forma análoga, la sala para curaciones comunes que deberá contar con boxes para atención simultánea.

HEMOPLASMOTERAPIA

En todo establecimiento se contará con esta importante sección. Como es lógico, en las estaciones sanitarias, hospital local, este servicio se reducirá a un pequeño aparato transfusor de sangre y a los frasquitos con sueros para comprobar y clasificar grupos sanguíneos; a medida que el hospital acreciente su volumen, este servicio crecerá en importancia hasta llegarse al departamento o instituto de la especialidad que contará con bancos de sangre y plasma, «stock» de sangre desecada, etc., del cual se remitirán pequeñas ampollas a los servicios tributarios y se harán reservas para el uso de emergencia.

DEPENDENCIAS AUXILIARES

Además de aquellas que se detallan en la parte correspondiente al servicio social, todos los policlínicos y de acuerdo a su importancia y capacidad deberán contar con salón para enfermos «levantados»; comedor para enfermos; hogar maternal que hagan grata y educativa la estada de las futuras madres, etc.

También en todos se tomarán las medidas necesarias previendo la mejor y más estratégica ubicación de los servicios llamados centrales: la cocina, depósito, ropería, taller de reparaciones del instrumental, frigorífico, la morgue, etc.

Su importancia y volúmenes, siempre en consonancia con la institución. Valga un ejemplo: Morgue. En la pequeña estación sanitaria, ésta será una habitación pequeña con mesa central para autopsias; estanterías para colocar las piezas anatómicas y piletas para

lavado; por el contrario en el Gran Hospital constituirá este servicio el Departamento o Sección de Anatomía Patológica con su museo, sección preparación, etc., que pueda ser de utilidad para completar la preparación de los médicos que ejerzan y dirijan pequeños servicios y que acudan periódicamente a estos grandes hospitales al fin precedentemente indicado. Otro ejemplo: desde la habitación única de la estación sanitaria destinada a ropería, taller, lavado y planchado de ropa se llegará hasta la planta de ropería del Gran Hospital que proveerá de ropa confeccionada en él a las unidades menores o al taller reeducativo de algún hospital especializado en los que se efectúe laborterapia con los enfermos internados.

DISTRIBUCIÓN DE LAS CAMAS, CONSULTORIO EXTERNO Y DEPENDENCIAS

La distribución de las camas estará condicionada a la capacidad de internación de cada establecimiento, contando todos ellos con dependencias para clínica general, cirugía y especialidades y tantos más consultorios externos cuanto más importantes sean aquéllos, como puede observarse en los cuadros adjuntos.

ESTACIONES SANITARIAS

Las Estaciones Sanitarias tendrán 14 camas de internación y contarán con las siguientes dependencias:

Hall de espera.
Sala de operaciones.
Sala para esterilización y lavado.
Sala para Consultorio Externo.
Sala para Rayos X y Laboratorio (1 ambiente).
Farmacia y Laboratorio de análisis.
Salita para inyecciones y curaciones (1 ambiente).
Dirección;
Administración y Servicio Social.
Habitación para enfermero de guardia.
Depósito general.
Cocina.
Despensa.
Local para lavadero, planchado, ropería y costura.
Morgue.
Garage y taller (1 ambiente).
Sótano.
Local para grupo electrógeno, caldera, bomba de agua.
Local para fabricar hielo.
Baño con W.C. lavabo y ducha para el personal técnico y administrativo.
Baño análogo al anterior para el resto del personal.

SALA PARA INTERNACIÓN DE ENFERMOS

Cada sala (hombres y mujeres) estará dividida en dos secciones de 3 camas cada una, separadas por un baño completo intermedio.

Cada sección tendrá a su vez un tabique que permita dividir la sección en dos boxes de 2 y 1 cama respectivamente destinadas a las necesidades que el servicio indique: clínica médica, operados, puérperas, niños, etc. Cada cama contará en lugar de mesa de luz con una mesa mural de mármol y por debajo de ella un cajón metálico (tipo mesa de luz).

Esta sala tendrá un ancho aproximado de 5,60 m. de manera que en un costado de la misma quede una superficie que, sirviendo de solarium, permita colocar en caso necesario, camas de emergencia, como lo demuestra el esquema siguiente:

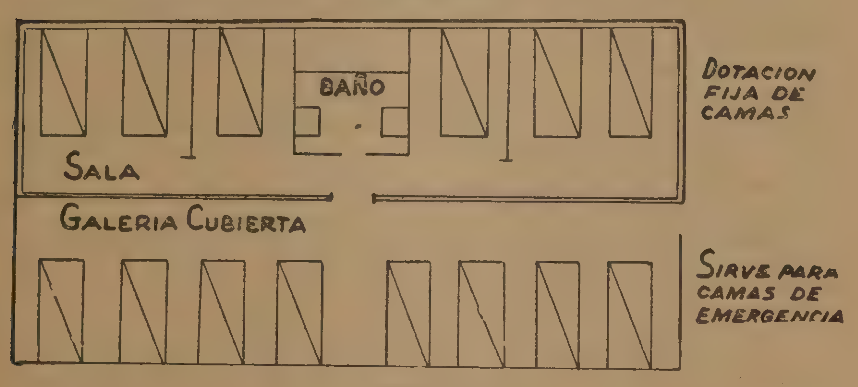


Figura N.º 4

SALA PARA ENFERMOS INFECTO-CONTAGIOSOS

Cada sala tendrá capacidad para una cama, pero con superficie que permita habilitar otra en caso de emergencia. Contará con un baño anexo completo con el que comunicará en forma directa con salida independiente.

El hall de espera debe ser amplio y de fácil acceso para los concurrentes hacia el consultorio externo, servicio social y farmacia.

La sala de operaciones estará orientada hacia el máximo de luz natural, evitando los efectos calóricos excesivos en las zonas cálidas.

Todos los contornos de la sala, techo, zócalo y ángulos de las paredes deberán ser curvos.

Se construirán sobre sus paredes vitrinas «placards», que contarán con 4 estantes de vidrio y puertas corredizas de dos hojas del mismo material y con cerradura, como así también embutido en una de las paredes un negatoscopio, con la instalación eléctrica correspondiente.

Sobre una de las paredes laterales se colocará una mesa mural de mármol de 2 m. de largo por 40 cms. de ancho para tambores con un sistema de abertura a pedal de manera que el cirujano pueda abrirlos durante el acto operatorio y tomar lo que necesite, teniendo en cuenta que en esos establecimientos pequeños no siempre se tienen los ayudantes necesarios.

La puerta de entrada a la sala de operaciones será del sistema de «vaiven» y comunicará directamente con la sala de esterilización y lavado. El enfermo ingresará a la sala de operaciones por otra puerta a cierre fijo, especialmente en las zonas de fuertes vientos.

SALA PARA ESTERILIZACIÓN Y LAVADO

Estará anexa a la sala de operaciones, comunicando con ella, además de la puerta ya citada, por una ventana rectangular de 70 cms. de ancho por 40 de alto, a un metro de altura del piso, con puerta corrediza para pasar material operativo. Tendrá una amplia pileta para el lavado de manos con 2 ó 3 canillas y otra menor para limpieza del instrumental. Contará sobre una de sus paredes con un amplio «placard» con estantes de madera para guardar distintos materiales (gasas, tambores, instrumental, desinfectante, aparatos de anestesia, etc.) como así también de una amplia mesa de mármol para la preparación del material quirúrgico y por debajo de la misma, amplios armarios con estantes.

SALA PARA CONSULTORIO EXTERNO

Tendrá una superficie aproximada de 4x4 m. contando en una de sus paredes con una vitrina «placard» y un negatoscopio igual al de la sala de operaciones, una pileta con agua caliente y fría y toallero anexo, con una mesa mural de mármol de 1 m. de largo sobre uno de los costados para instrumental en uso, tambores, etc., con un toma corriente próximo para esterilizador eléctrico. En sitio opuesto habrá otro para fotóforo.

Sobre una de las paredes un amplio «placard» con estantes y puertas corredizas de madera con cerradura.

SALA PARA RADIOLOGÍA Y REVELACIÓN

Sala de 4x4 m. aproximadamente para la instalación de aparato radiológico portátil.

Tendrá dos piletas para revelado de películas, separadas por una mesa de mármol mural de 1,50 m. de largo, como así también un negatoscopio igual a los citados anteriormente; dicha sala tendrá puertas de cierre hermético y obscuridad indispensable.

LOCAL PARA FARMACIA Y LABORATORIO ELEMENTAL

Contará con un mostrador con mesa de mármol para preparación de medicamentos o efectuar determinaciones de laboratorios.

Estanterías de madera en sus paredes y al frente ventanilla para entrega de medicamentos al público; pileta para lavado y mesa mural de mármol anexa de un metro de largo.

SALA PARA CURACIONES, INYECCIONES, ETC.

De una superficie de 4x4 m. contará con una pileta y mesa de mármol anexa y una vitrina «placard», etc., y otras de madera con estanterías movibles y puertas corredizas de madera.

ADMINISTRACIÓN Y SERVICIO SOCIAL

Será un ambiente amplio de 5x6 m. y contará con amplios «placard» con estanterías de madera para guardar libros de contabilidad, impresos, fichas, historias clínicas, affiches, etc.

HABITACIÓN PARA ENFERMERO DE GUARDIA

En una superficie de 3x4 m. contará con un lavatorio, estará ubicado en el mismo un indicador de timbres en conexión con cada uno de los boxes de cada sala.

DEPÓSITO GENERAL

Será amplio de 5x6 m. con piso de portland. En sus dos paredes estanterías de madera, parte de ellas con puertas.

COCINA Y DESPENSA

La cocina será de tipo económico a tres hornallas o a combustible líquido de acuerdo a las zonas, con serpentina para agua caliente y tanque anexo. Pileta amplia para lavado y mesas de mármol mural anexas con armarios de madera a puertas corredizas en su parte inferior.

Sobre las paredes amplios «placards». Leñera o carbonera anexa comunicando con el interior de la cocina.

Tendrá una despensa anexa con estanterías apropiadas.

LAVADERO, PLANCHADO, ROPERÍA Y COSTURA

Lavadero a mano con gran pileta doble, anexo a la habitación para planchado, ropería y costura.

La ropería tendrá un gran guardarropa de madera con estanterías y puertas corredizas con llaves.

En el centro de la habitación, mesa destinada a planchado con instalación eléctrica «ah-hoc».

MORGUE

Habitación de 3x3 m. con piso de portland y mesa de mármol en el centro, con rebordes romos y su superficie con declive para desagüe central.

En una de sus paredes tendrá una pileta y mesa de mármol mural anexa para el lavado de manos, instrumental, etc.

Habrá repisas para colocar frascos con piezas anatómicas.

GARAGE

Amplio como para guardar ambulancias y que permita ubicar en el interior una mesa taller.

Tendrá estanterías sobre una de sus paredes laterales y una pileta.

LOCAL PARA GRUPO ELECTRÓGENO, CALDERA, BOMBA DE AGUA, ETC.

Tendrá carácter de usina, pisos y paredes de portland hasta 1,60 m. de altura.

En él se instalará el grupo electrógeno, la caldera para proveer agua caliente y calefacción interna y anexo tendrá un local para fábrica de hielo.

GUARDARROPA PARA ENFERMOS

En alguno de los pasillos o lugar apropiado se instalará un «placard» de 18 ó 20 casilleros con puertas y cerradura individual, para guardar los efectos personales de cada internado.

VIVIENDA PARA EL DIRECTOR

Anexa a la estación sanitaria se construirá la vivienda para el director, que será independiente de la misma, pero que constará de una puerta de comunicación interior que facilite la entrada al mismo y que constará de:

Hall.
Sala o escritorio de estudio.
Comedor.
Dos dormitorios.
Baño completo.
Cocina.
Pieza depósito.
Baño de servicio.

HOSPITALES

Estos establecimientos que de acuerdo a su importancia se clasifican en hospitales locales, de zona, regionales y Gran Hospital Urbano, contarán proporcionalmente con más dependencias y servicios especializados que las estaciones sanitarias. Así por ejemplo, los hospitales de 40 camas contarán con sala de partos, consultorio externo para curaciones, comedor para personal técnico y administrativo, otro para el sub-técnico, servicio y maestranza, vestuarios con baño completo para el personal técnico y administrativo y otros dos más para el sub-técnico, de servicio y maestranza, independientes para cada sexo. Tendrá además incinerador de residuos.

Los hospitales de 100 y 160 camas tendrán 2 salas de operaciones. Laboratorio de Rayos X independiente de la sala del mismo, gabinete de fisioterapia, banco de sangre. Dos ambientes para administración. Amplio ambiente para antecocina y despensa, habitación y baño completo para el médico interno. Taller independiente del garage (carpintería, mecánica, electricidad, etc.). Local para desinfección.

Los hospitales de 180 y 200 camas tendrán 3 salas de operaciones, servicio social en tres ambientes, oficina de teléfonos, biblioteca, colchonería, frigorífico, archivo y estadística y 3 ambientes para administración.

Los hospitales de 300 a 360 camas contarán con 4 salas de operaciones, cuatro ambientes para el servicio social. Seis ambientes amplios para administración, antecocina y despensa en ambientes separados. Panadería. Estos establecimientos y los mayores contarán también con capilla para el servicio religioso y casa habitación para Hermanas.

Los hospitales de 500 camas dispondrán de dependencias y servicios en proporciones adecuadas a su capacidad de internación.

Todos estos establecimientos contarán además con casa habitación anexa para el director, administrador y ecónomo y tendrán intalaciones sanitarias de acuerdo al número de salas con que cuente y al de enfermos internados y que serán independientes de las ya consignadas para el personal que presta servicio en el mismo. Las destinadas para enfermos contagiosos serán independientes para cada habitación.

Medicina Preventiva y Centros de Salud

Todos estos establecimientos, ya sean estaciones sanitarias y hospitales regionales de gran número de camas, constituirán el foco de irradiación de: *La educación sanitaria popular y la medicina preventiva, en base a los centros de salud, que automáticamente iniciarán su funcionamiento no bien aquéllos sean librados al público.*

¿Cómo se cumplirá esta idea? Cada una de estas unidades practicará lo inherente a la vacunación profiláctica de la población de acuerdo a la epidemiología local y regional; practicará el examen periódico, descubriendo así a los portadores de enfermedades contagiosas y evitando por el tratamiento profiláctico que la enfermedad haga eclosión.

Además cada una de estas células sanitarias, deberá efectuar los estudios necesarios y referentes a todo lo que tenga atinencia con la defensa de la salud pública, entre los que se citan la purificación de las aguas de consumo; el mejor y más económico abasto de la leche; la vigilancia y expendio de los alimentos; el saneamiento del suelo (desecación de pantanos, canalización de aguas estan-

cadas, etc.). Para ello la autoridad sanitaria coordinará su acción con los organismos de las distintas reparticiones técnicas del Estado.

SERVICIO SOCIAL

De imprescindible necesidad es que cada una de estas unidades sanitarias, no importa cuál sea su importancia, cuenten con su servicio social.

Cada unidad, grande o pequeña, según lo precedentemente dicho, contará con Servicio Social, el cual deberá estar atendido por visitadores de higiene, enfermeras visitadoras y asistentes sociales.

La visitadora de higiene al cumplir su acción preferentemente en el domicilio, cumple una importante función sanitaria: efectúa la denominada «pesquisa del enfermo»: de aquél que, ignorante de su enfermedad, contagia a todos aquellos que lo rodean; atrae por la labor que realiza y por la propaganda y educación sanitaria que practica, al individuo tomado aisladamente y a la familia, en forma colectiva al hospital; en razón de conocer el medio ambiente, está capacitada para ilustrar al médico detalladamente sobre todas las causas morbígenas de distinta índole que puedan incidir sobre el individuo o la familia; sabe también las causas económicas o sociales que gravitan en determinado hogar y, por su acción en la zona, pude lograr remediar infinidad de problemas que plantean las causas apuntadas ya sean por sí misma o con la colaboración de la asistente social, cuya acción principal es abordar y solucionar los problemas económicos que le plantea la visitadora.

Mediante el Servicio Social pueden cubrirse estos tres objetivos en el individuo: uno anterior, de previsión; otro presente, de asistencia, tratando todas las necesidades que se presenten y, un último, muy importante, el de post-tratamiento ,en el cual se vigila la salud física y social de los enfermos. Mediante esta continua acción hace aprovechar los recursos sociales del ex paciente y los instiga a continuar el o los tratamientos indicados.

La obra social que se desarrollará en los domicilios, cuando las circunstancias lo permitan, deberá ampliarse, en los hospitales, sobre todo en los de gran envergadura, mediante la organización de obras como ser: bibliotecas, salones de lectura, conferencias, salas de reposo, y recreo; organización de distracciones destinadas a crónicos; trabajos de manualidades y de perfeccionamiento, con la creación posterior de nuevas fuentes de recursos para lisiados crónicos, etc.; en una palabra, se efectuará mediante el Servicio Social un reajuste de tal índole, tendiente a orientar la vida del hombre en nuevos rumbos o caminos que lo alejen del peligro de una recaída, tratando de orientarlo profesionalmente, reeducándolo y hasta cambiándolo de ambiente o de régimen de vida, propulsando en esa forma al bienestar del pueblo en la nueva Argentina que hace poco se ha iniciado.

DISTRIBUCION DE LAS CAMAS

ESTABLECIMIENTO TIPO	Dotación Fija	CLINICA				CIRUGIA				INFECTO CONTAGIOSOS				Obstetricia	Ginecología	Otorrinolaringol.	Oftalmología	Neurología	Urinaria	Alergia.
		H	M	Niños	Niñas	H	M	Niños	Niñas	H	M	Niños	Niñas							
Estación Sanitaria	14	6	6							1	1									
Hospital Local	40	10	8	2	2	4	4	1	1	2	2			4						
» de Zona	100	24	20	4	4	14	12	2	2	4	4			10						
» » »	160	36	30	6	6	24	18	6	6	4	4	2	2	16						
» » »	180	38	32	6	6	28	24	6	6	6	6	2	2	18						
» » »	200	40	36	8	8	30	26	8	8	6	6	2	2	22						
» Regional	300	54	46	16	16	48	40	8	8	6	6	4	4	24	10	6	4			
» »	320	56	48	18	18	52	42	10	8	6	6	4	4	26	12	6	4			
» »	360	60	52	20	20	54	46	12	10	8	8	4	4	28	14	8	6	4		4
» »	500	82	68	24	24	76	56	14	14	10	10	6	6	38	20	12	12	10	10	6

CONSULTORIOS EXTERNOS

ESTABLECIMIENTO TIPO	Dotación fija de camas	Clínica General	Cirugía	Oftalmología	Otorrinolaringología	N.º de boxes	Piel y Sífilis	Vías Urinarias	Obstetricia	Ginecología	Pediatría	Inyecciones	N.º de boxes	Curaciones	N.º de boxes	Guardia	Alergia
Estación Sanitaria	14	1											1				
Hospital Local	40	2										1		1			
» de Zona	100	2	1	1			1		1		1	1	2	1			
» » »	160	3	1	1	1		1	1	1	1	1	1	2	1		1	
» » »	180	3	1	1	1		1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	
» » »	200	3	1	1	1		1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	
» Regional	300	4	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	4	1	3	1	1
» »	320	4	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	4	1	3	1	1
» »	360	4	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	4	1	3	1	1
» »	500	6	1	2	2	4	1	1	1	1	3	1	6	1	4	2	1

NOMENCLATURA DE LOS ESTABLECIMIENTOS PROYECTADOS DE ACUERDO A SU CAPACIDAD

PUESTO SANITARIO	Sin internación
ESTACION SANITARIA	Internación de 14 camas
HOSPITAL LOCAL O VECINAL	Internación de 40 camas
HOSPITAL DE ZONA	Internación entre 100 y 200 camas
HOSPITAL REGIONAL	Internación superior a 200 camas
GRAN HOSPITAL URBANO	Internación de 1.000 camas

HOSPITALES OBREROS PARA GREMIOS

5	HOSPITALES DE	100	camas	500	camas
8	» »	200	»	1600	»
6	» »	300	»	1800	»
3	» »	400	»	1200	»
22	HOSPITALES		Totalizarán	5000	camas

Estos Hospitales Obreros se ubicarán en la Capital Federal e interior del país de acuerdo a las distintas zonas obrero-fabriles y a las agrupaciones gremiales.

RESUMEN DE CONSTRUCCIONES PROYECTADAS

PUESTO SANITARIO		20	Puestos
ESTACION SANITARIA		120	Estaciones
HOSPITAL LOCAL		77	Hospitales
HOSPITAL DE ZONA DE	100 camas .... 7 160 » ....15 180 » .... 2 200 » 3	27	Hospitales
HOSPITAL REGIONAL DE	300 camas .... 1 320 » .... 2 360 » .... 2 500 » 14	19	Hospitales
GRAN HOSPITAL URBANO		1	Hospital
INSTITUTOS de cardiología-Neuro-cirugía-medicina de urgencia-gastroenterología-cirugía de tórax.	750 camas	5	Institutos
	325 camas	10	Institutos
HOSPITAL OBRERO PARA GREMIOS		22	Hospitales.

NUMERO DE CAMAS POR MIL HABITANTES.

PROVINCIA DE:	Promedios con los Servicios Actuales	Promedios con las Construc. Proyect.
Buenos Aires	6,18	6,97
Catamarca	3,71	10,20
Cordoba	3,82	4,86
Corrientes	2,20	4,05
Entre Rios	3,79	4,32
Jujuy	4,82	8,20
La Rioja	3,78	6,64
Mendoza	5,10	5,44
Salta	5,48	8,65
San Juan	3,03	7,02
San Luis	2,76	4,72
Santa Fe	3,53	4,80
Santiago del Estero	0,90	3,02
Tucuman	1,49	4,61
TERRITORIOS		
Chaco	1,14	3,55
Chubut	3,43	10,23
Formosa	2,20	8,01
La Pampa	3,02	6,17
Misiones	1,82	4,20
Neuquen	2,05	7,52
Rio Negro	4,14	8,91
Santa Cruz	5,58	9,69
Tierra del Fuego	8,33	15,55

NUMERO GLOBAL DE CAMAS CUYA CONSTRUCCION SE PROYECTA EN LA CAPITAL FEDERAL, PROVINCIAS Y TERRITORIOS

Capital Federal .... 750 de Institutos; más las camas de los Hospitales obreros a distribuir.—

Provincias		Territorios	
Buenos Aires	3.000	Chaco	870
Catamarca	814	Chubut	618
Cordoba	1.445	Formosa	326
Corrientes	1.042	La Pampa	528
Entre Rios	428	Misiones	312
Jujuy	122	Neuquen	336
La Rioja	340	Rio Negro	672
Mendoza	188	Santa Cruz	101
Salta	778	Tierra del Fuego	40
San Juan	970		
San Luis	562		
Santa Fe	2.325		
Santiago del Estero	1.300		
Tucuman	2.018		

RESUMEN

Capital Federal	750
Provincias	15.332
Territorios	3.803
Hospitales Obreros	5.165
Total General	25.050

SINTESIS DEMOSTRATIVA CAPITAL FEDERAL Y PROVINCIAS

	Estación Sanitaria 14 camas	Hospital local 40 camas	Hospital de zona			Hospital regional			Gran Hospital Urbano	Institutos
			100 c.	160 c.	180 c.	320 c.	360 c.	500 c.		
Capital Federal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5 (750 c.)
Buenos Aires	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—
Catamarca	11	4	—	—	—	—	—	1	—	—
Córdoba	—	8	—	5	—	—	—	—	—	5 (325 c.)
Corrientes	3	3	2	2	—	—	1	—	—	—
Entre Ríos	2	3	1	—	1	—	—	—	—	—
Jujuy	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—
La Rioja	10	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Mendoza	2	4	—	—	—	—	—	—	—	—
Salta	7	2	1	—	—	—	—	1	—	—
San Juan	5	6	—	1	—	—	—	1	—	—
San Luis	3	4	—	—	—	—	1	—	—	—
Santa Fe	—	—	—	—	—	—	—	4	—	5 (325 c.)
Santiago del Estero	10	1	3	—	—	1	—	1	—	—
Tucumán	7	7	—	2	—	1	—	—	1	—
Total	63	45	7	11	1	2	2	14	1	15

SINTESIS DEMOSTRATIVA TERRITORIOS

	Estación Sanitaria 14 camas	Hospital Local 40 camas	Hospital de Zona			Hospital Regional 300 camas
			160 c.	180 c.	200 c.	
Chaco	5	11	1	—	1	—
Chubut	7	3	—	—	2	—
Formosa	9	1	1	—	—	—
La Pampa	12	5	1	—	—	—
Misiones	8	5	—	—	—	—
Neuquén	4	3	1	—	—	—
Río Negro	8	2	—	1	—	1
Santa Cruz	4	1	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	1	—	—	—	—
Total	57	32	4	1	3	1

RESUMEN GLOBAL

Puestos Sanitarios	20
Estaciones Sanitarias	120
Hospitales en General	124
Institutos	3
Hosp. Obreros p/ Gremios a distribuir	22

REFERENCIAS

PUESTO SANITARIO

14 ESTACION SANITARIA

40 HOSPITAL LOCAL

160 a 320 HOSPITAL DE ZONA

500 HOSPITAL REGIONAL

GRAN HOSPITAL URBANO

INSTITUTOS

Figura N.º 5

CAPITAL FEDERAL

Instituto	Para	Cardiologia	150	camas
»	»	Gastroenterologia	150	»
»	»	Medicina de Urgencia y Traumatologia .	300	»
»	»	Cirugia de Torax	50	»
»	»	Neurocirugia	100	»
			750	camas.

Hospitales Para Gremios.

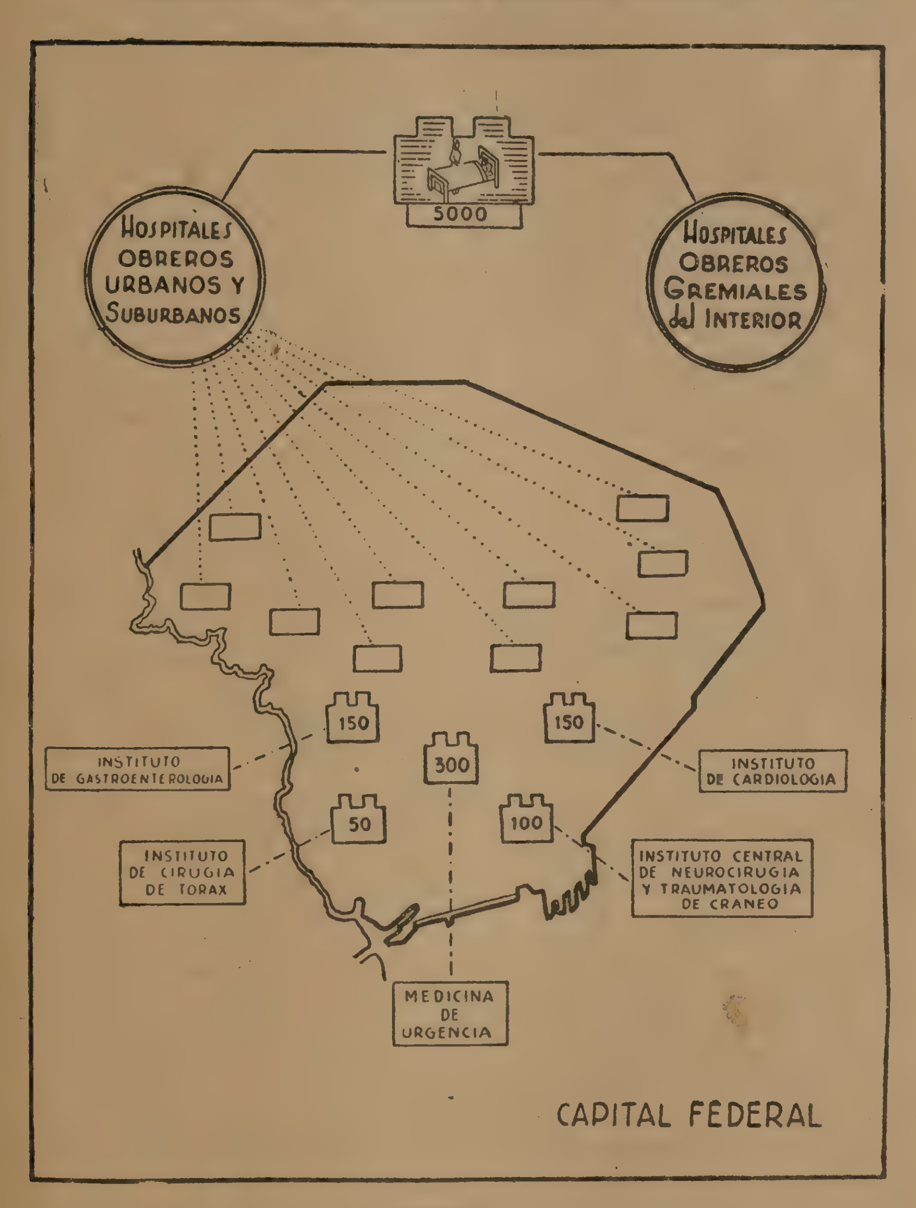

5000
HOSPITALES OBREROS URBANOS Y SUBURBANOS
HOSPITALES OBREROS GREMIALES del INTERIOR
150
150
300
50
100
INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA
INSTITUTO DE CIRUGIA DE TORAX
INSTITUTO CENTRAL DE NEUROCIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA DE CRANEO
MEDICINA DE URGENCIA
CAPITAL FEDERAL

Figura N.º 6

BUENOS AIRES

Bahia Blanca	Hospital	Regional	de	500	camas
Mar del Plata	»	»	»	500	»
San Nicolas	»	»	»	500	»
Bolivar	»	»	»	500	»
San Martin	»	»	»	500	»
4 de Junio	»	»	»	500	»

Poblacion Actual	3.792.209	Habitantes
N.° de camas existentes	23.460	
N.° de camas proyectadas	3.000	
Totalizarán	26.460	camas

Promedio actual .... 6,18 camas por mil habitantes

Promedio c/construcciones proyectad- 6,97 » » » »

NOTA: La provincia construirá establecimientos hasta llegar a 10 camas por cada mil habitantes.

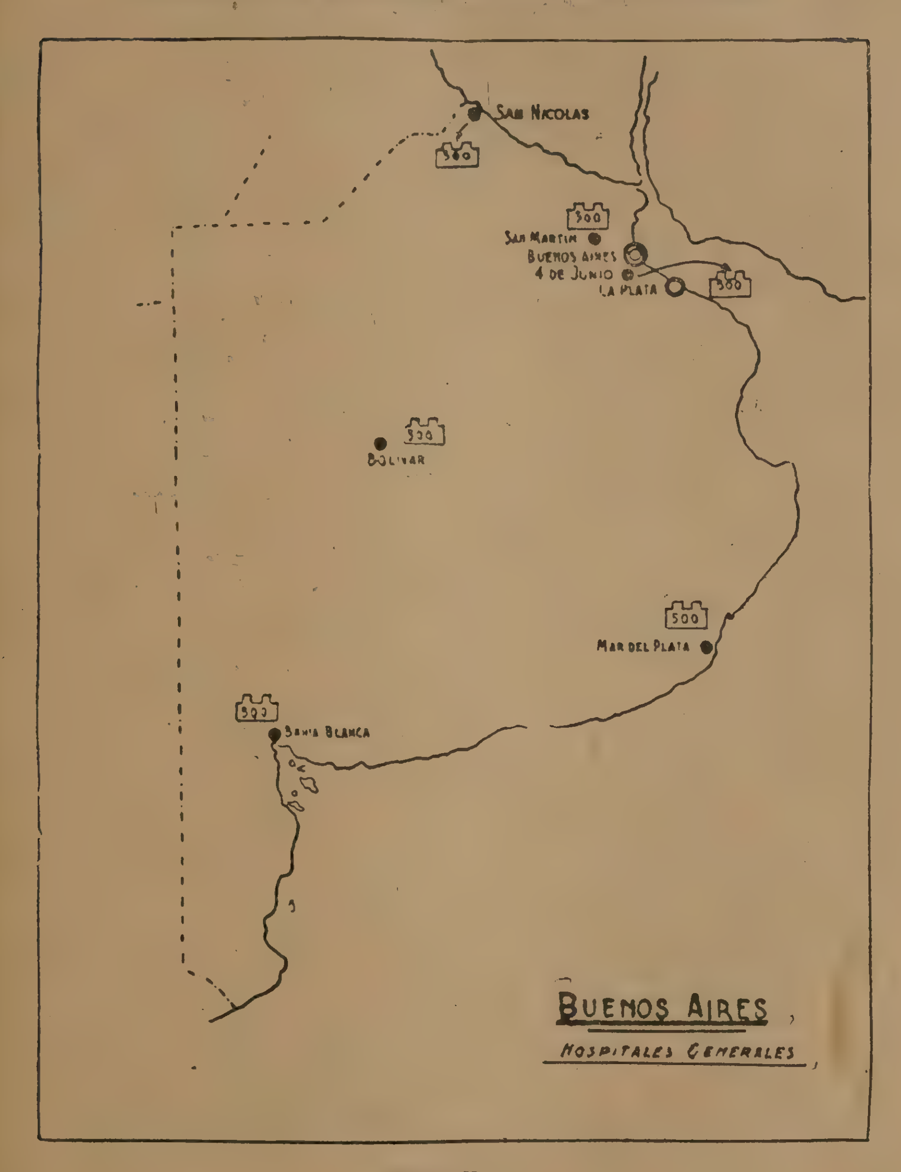

San Nicolas
San Martin
Buenos Aires
4 de Junio
La Plata
Bolivar
500
Mar del Plata
Bahia Blanca
Buenos Aires
Hospitales Generales

Figura N.º 7

CATAMARCA

Capital	Hospital	Regional	de	500	camas
Belen	»	Local	»	40	»
Tinogasta	»	»	»	40	»
Santa Maria	»	»	»	40	»
Andalgala	»	»	»	40	»
Pomán	Estacion	Sanitaria	»	14	»
Icaño	»	»	»	14	»
Ramblones	»	»	»	14	»
Bañado de Ovanta	»	»	»	14	»
El Rodeo	»	»	»	14	»
Hualfin	»	»	»	14	»
Aconquija	»	»	»	14	»
Chumbicha	»	»	»	14	»
El Alto	»	»	»	14	»
San Jose (*Santa María*)	»	»	»	14	»
La Merced	»	»	»	14	»

Poblacion Actual	135.962 habitantes
N.° de camas existentes	489
N.° de camas con sueldos renunciados	42
N.° de camas con fondos colecta nacional	42
N.° de camas proyectadas	814
Totalizarán	1.387

Promedio anterior .... 3,71 camas por mil habitantes

» con construcciones proyectadas .. 10,20 » » » »

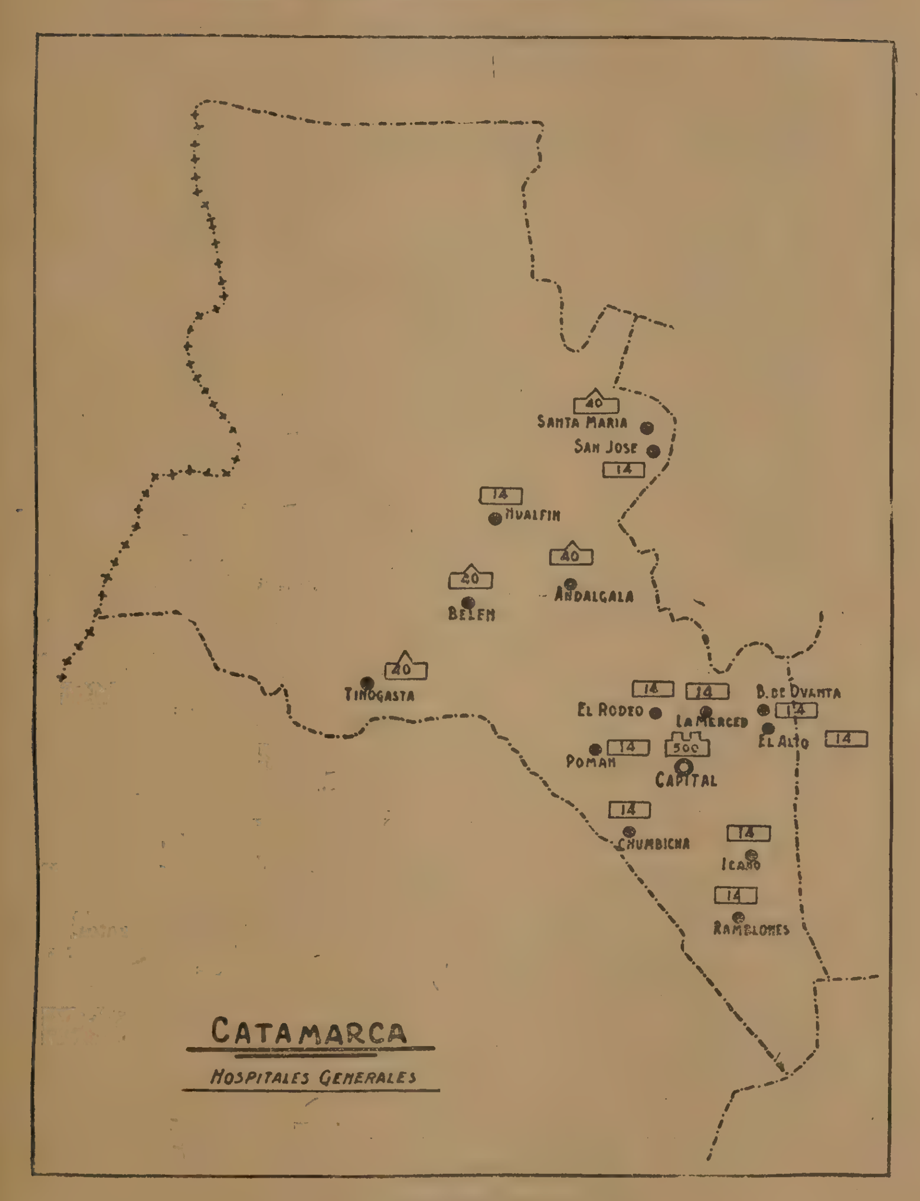

40
SANTA MARIA
SAN JOSE
14
14
HUALFIN
40
ANDALGALA
20
BELEN
40
TINOGASTA
14
14
B. DE OVANTA
EL RODEO
LA MERCED
14
14
EL ALTO
14
POMAN
500
CAPITAL
14
CHUMBICHA
14
ICAÑO
14
RAMBLONES
CATAMARCA
HOSPITALES GENERALES

Figura N.º 8

CORDOBA

Cordoba (1)	Instituto				325	Camas
Villa Maria	Hospital	de	Zona	de	160	»
Laboulaye	»	»	»	»	160	»
San Francisco	»	»	»	»	160	»
Marcos Juarez	»	»	»	»	160	»
Villa Dolores	»	»	»	»	160	»
Rio Tercero	»	local		»	40	»
Las Varillas	»	»	»	»	40	»
La Falda	»	»	»	»	40	»
Cañada Verde	»	»	»	»	40	»
Ascochinga	»	»	»	»	40	»
Balnearia	»	»	»	»	40	»
Mackenna	»	»	»	»	40	»
Oliva	»	»	»	»	40	»

Población Actual	1.382.169	habitantes
N.° de camas existentes	5.282	(excluyendo tuberculosis, etc.)
N.° de camas proyectadas	1.445	
Totalizará	6.727	camas
Promedio anterior	3, 82	» por mil habitantes
» c/construcciones proyectadas	4, 86	» » » »

(1) Instituto para Cardiología .... 50 camas
» » Gastroenterología .... 50 »
» » Medicina de Urgencia y Traumatología .... 150 »
» » Cirugía de Tórax .... 50 »
» » Neurocirugía .... 25 »
325

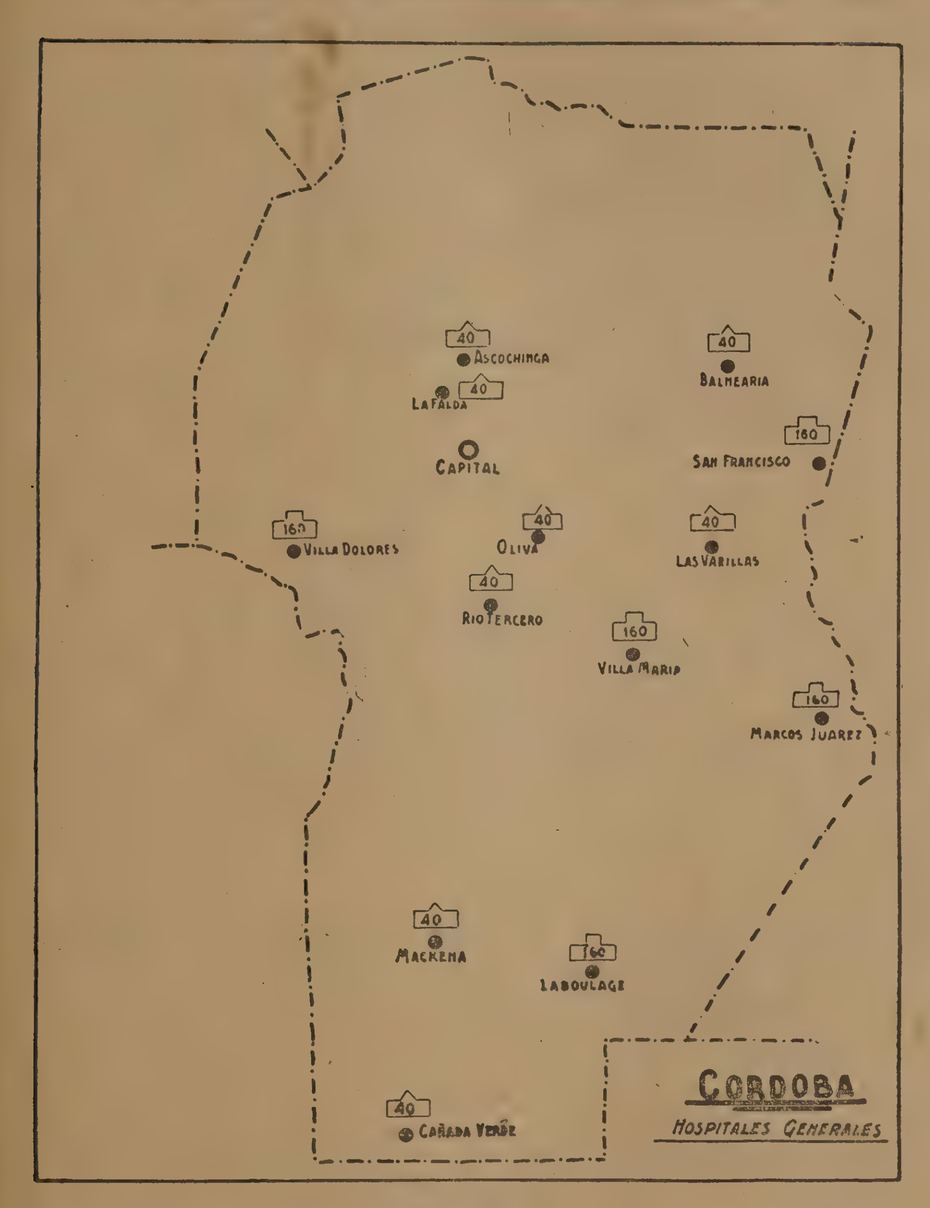

40
Ascochinga
40
La Falda
Capital
40
Balnearia
160
San Francisco
160
Villa Dolores
40
Oliva
40
Las Varillas
40
Rio Tercero
160
Villa Maria
160
Marcos Juarez
40
Mackena
160
Laboulage
40
Cañada Verde
CORDOBA
HOSPITALES GENERALES

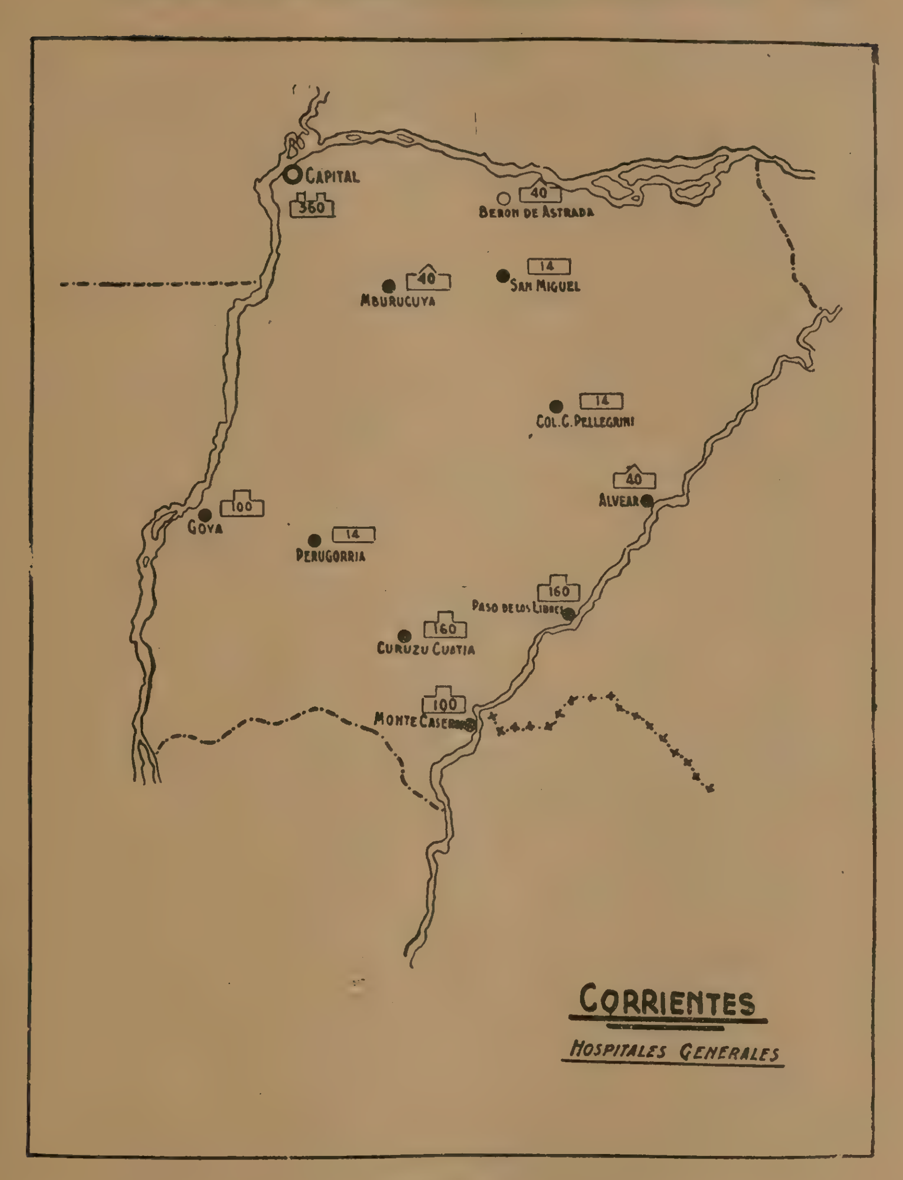
Figura N.º 9

CORRIENTES

CAPITAL	HOSPITAL REGIONAL	360	camas
CURUZU-CUATIA	» DE ZONA	160	»
PASO DE LPS LIBRES ...	» » »	160	»
MONTE CASEROS	» » »	100	»
GOYA	» » »	100	»
ALVEAR	» LOCAL DE	40	»
BERON DE ASTRADA	» » »	40	»
MBURUCUYA	» » »	40	»
SAN MIGUEL	ESTACION SANITARIA DE	14	»
PERUGORRIA	» » »	14	»
COL. CARLOS PELLEGRINI	» » »	14	»

POBLACION ACTUAL	564.198	habitantes
N.° de camas existentes	1.244	
» » » proyectadas	1.042	
Totalizarán............	2.286	camas

PROMEDIO ANTERIOR	2,20 camas por mil habitantes
» c/construcciones proyec.	4,05 » » » »



Capital
360
40
Beron de Astrada
40
Mburucuya
14
San Miguel
14
Col. C. Pellegrini
40
Alvear
100
Goya
14
Perugorria
160
Paso de los Libre
160
Curuzu Cuatia
100
Monte Caser
Corrientes
Hospitales Generales

Figura N.º 10

CHACO

Resistencia	Hospital de Zona de	200	camas
Pdcia. R. Saenz Peña .	» » » »	160	»
Colonia Elisa	» Local de	40	»
Castelli	» » »	40	»
General Pinedo	» » »	40	»
Puesto Bermejo	» » »	40	»
Pte. de la Plaza	» » »	40	»
El Zapallar	» » »	40	»
Tres Isletas	» » »	40	»
Charata	» » »	40	»
Villa Angela	» » »	40	»
Machagay	» » »	40	»
Las Breñas	» » »	40	»
Colonia Baranda	Estacion Sanitaria de	14	»
El Pintado	» » »	14	»
General Vedia	» » »	14	»
Makalle	» » »	14	»
Villa Berteth	» » »	14	»

Poblacion Actual	418.948	habitantes
N.° de camas existentes	470	
N.° de camas a habilitar ...	120	(Hosp. Reg. Pdcia. R. Sáenz Peña)
N.° de camas «sueldos renunciados»	30	
N.° de camas proyectadas ..	870	
Totalizarán	1.490	camas

Promedio anterior .... 1,14 camas por mil habitantes
» c/construcciones proyectadas ..... 3,55 » » » »

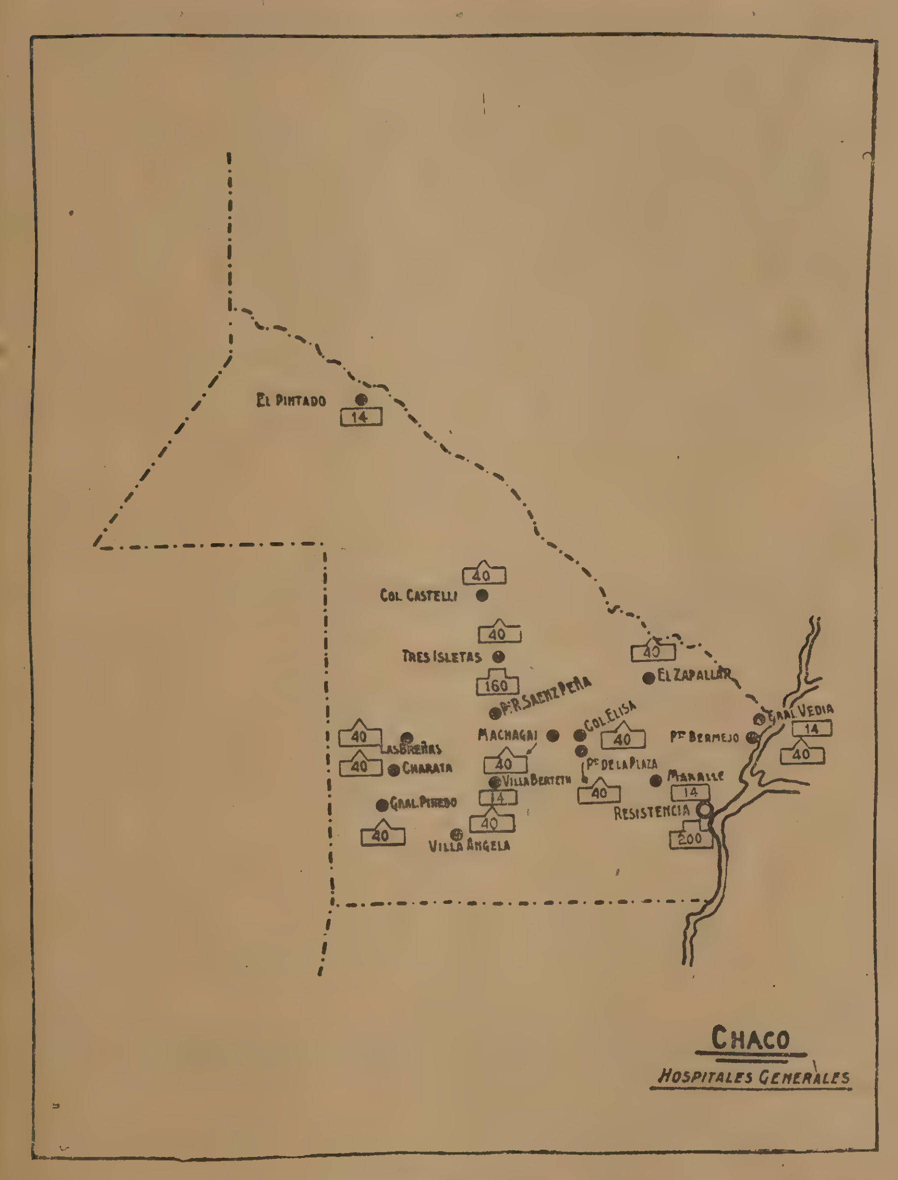

El Pintado
14
40
Col. Castelli
40
Tres Isletas
160
Pr. R. Saenz Peña
40
El Zapallar
Gral. Vedia
14
40
Col. Elisa
40
Pr. Bermejo
Machagai
40
Las Breñas
40
Charata
40
Pr. de la Plaza
40
14
Resistencia
200
Gral. Pinedo
14
40
40
Villa Angela
Chaco
Hospitales Generales

Figura N.° 11

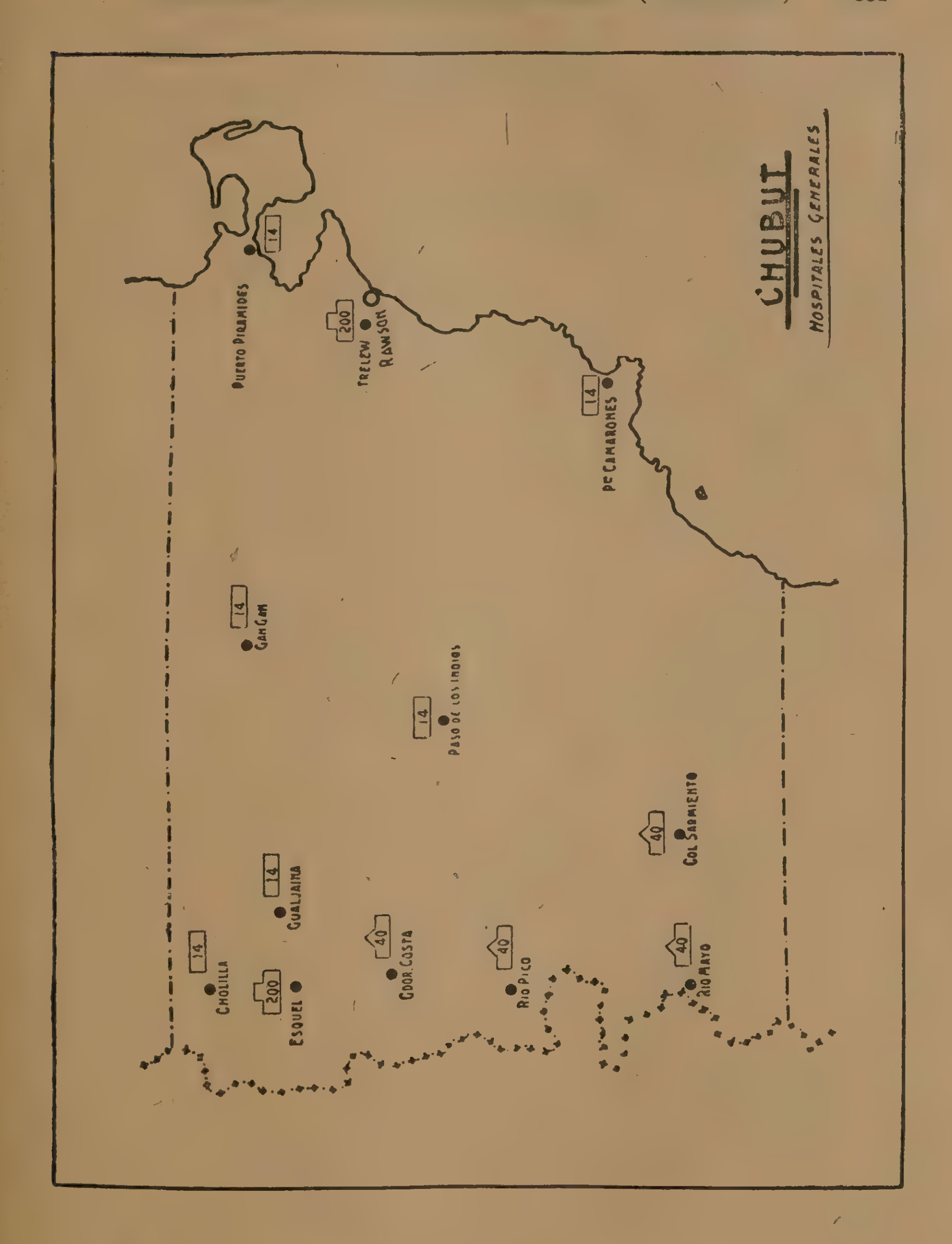
CHUBUT

Trelew	Hospital de Zona de	200	camas
Esquel	» » » »	200	»
Sarmiento	» Local de	40	»
Gobernador Costa	» » »	40	»
Paso Rio Mayo	» » »	40	»
Paso de los Indios ...	Estacion Sanitaria de	14	»
Cholila	» » »	14	»
Alto Rio Pico	» » »	14	»
Gangan	» » »	14	»
Gualjaina	» » »	14	»
Camarones	» » »	14	»
Puerto Piramide	» » »	14	»

Poblacion Actual	90.914	habitantes
N.° de camas existentes	312	
N.° de camas proyectadas	618	
Totalizarán	930	camas

Promedio anterior	3,43	camas por mil habitantes
» c/construcciones proyectadas	10,23	» » » »

Nota: En la zona militar de Comodoro Rivadavia no se proyectan construcciones hospitalarias puesto que el Ministerio de Guerra construirá policlínico de 400 camas de capacidad.


CHUBUT
HOSPITALES GENERALES
14
PUERTO PIRAMIDES
200
TRELEW
RAWSON
14
CAMARONES
14
GAN GAN
14
PASO DE LOS INDIOS
40
COL SARMIENTO
14
GUALJAINA
14
CHOLILLA
200
ESQUEL
40
GDOR. COSTA
40
RIO PICO
40
RIO MAYO

ENTRE RIOS

CONCEPCION DEL URUGUAY (se amplía el actual Hospital de 180 camas)	HOSPITAL DE ZONA	180	camas
LA PAZ	» » »	100	»
VILLA FEDERAL	» LOCAL DE	40	»
GALARZA	» » »	40	»
VILLA MANTEROS	» » »	40	»
GENERAL CAMPOS	ESTACION SANITARIA DE	14	»
SEGUI	» » »	14	»
GUALEGUAYCHU	DISPENSARIO PUBLICO NACIONAL POLIV.		

POBLACION ACTUAL	815.413 habitantes
N.° de camas existentes	3.098
N.° de camas proyectadas	428
Totalizarán	3.526 camas

Promedio anterior .... 3,79 camas por mil habitantes
» c/construcciones proyectadas ...... 4,32 » » » »


LA PAZ
100
VILLA FEDERAL
40
GRAL CAMPOS
14
CAPITAL
14
SEGUI
40
VILLA MANTERO
180
CONC. DEL URUGUAY
GRAL. GALARZA
40
ENTRE RIOS
HOSPITALES GENERALES

Figura N.° 13

FORMOSA

Capital	Hospital de Zona de	160	camas
Clorinda	» Local de	40	»
Comandante Fontana	Estacion Sanitaria de	14	»
Estanislao del Campo	» » »	14	»
Las Lomitas	» » »	14	»
Palo Santo	» » »	14	»
Herradura	» » »	14	»
Mision Taacagle	» » »	14	»
Ingeniero Juarez	» » »	14	»
El Chorro	» » »	14	»
La Florencia	» » »	14	»

Poblacion Actual	64.000 habitantes
N.° de camas existentes	141
N.° de camas proyectadas	326
N.° de camas de «sueldos renunc.» .	46 (Pirané y El Colorado)
Totalizarán	513 camas

Promedio anterior	2,20 camas por mil habitantes
Promedio c/construcciones proyectadas ...	8,01 » » » »


14
EL CHORRO
14
ING. JUAREZ
14
FLORENCIA
14
LAS LOMITAS
MISION TACAGLE
14
E. DEL CAMPO
14
14
CTE. FONTANA
CLORINDA
40
14
PALO SANTO
14
PIRANE
160
FORMOSA
14
HERRADURA
FORMOSA
HOSPITALES GENERALES

Figura N.º 14

JUJUY

La Quiaca	Hospital Local de	40	camas
Humahuaca	» » »	40	»
Rinconada	Estacion Sanitaria de	14	»
Perico	» » »	14	»
Tumbaya	» » »	14	»

Nota: En la capital se iniciará la construcción de un Hospital Regional de 400 camas por valor de $ m/n. 1.058.451,71

Poblacion Actual	154.478 habitantes
N.° de camas existentes	746
N.° de camas proyectadas	122
N.° de camas al iniciarse construcción	400
Totalizarán	1.268 camas

Promedio anterior	4,82	camas	por	mil	habitantes
» c/construcciones proyectadas	8,20	»	»	»	»

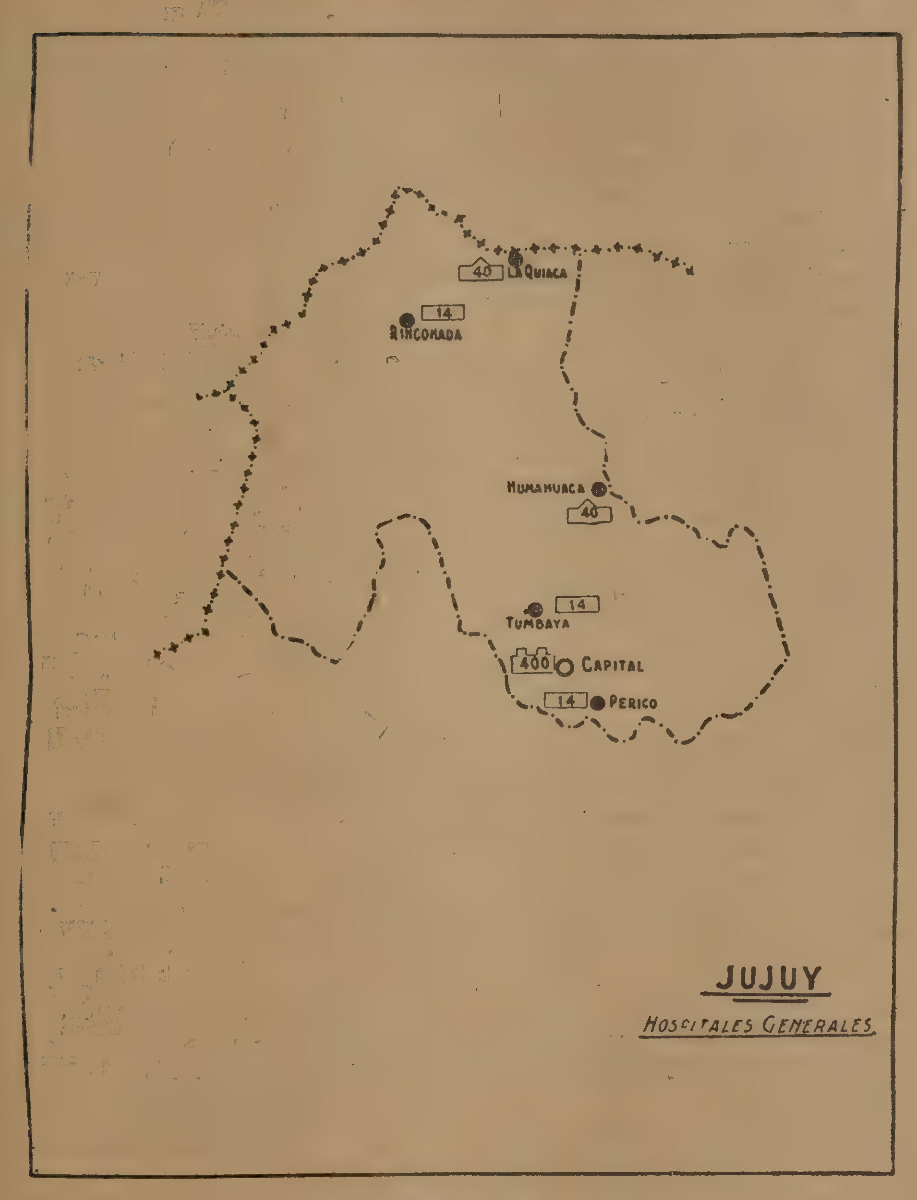

40
LA QUIACA
14
RINCONADA
HUMAHUACA
40
14
TUMBAYA
400
CAPITAL
14
PERICO
JUJUY
HOSPITALES GENERALES

Figura N.° 15

LA PAMPA

GENERAL PICO	HOSPITAL DE ZONA DE	160	camas
QUEMU-QUEMU	» LOCAL DE	40	»
EDUARDO CASTEX	» » »	40	»
TELEN	» » »	40	»
PARERA	» » »	40	»
GENERAL ACHA	» » »	40	»
ALTA ITALIA	ESTACION SANITARIA DE	14	»
JARDON	» » »	14	»
CHACHARRAMENDI	» » »	14	»
URIBURU	» » »	14	»
WINIFREDA	» » »	14	»
LONQUIMAY	» » »	14	»
SANTA ISABEL	» » »	14	»
PUELEN	» » »	14	»
LIMAY MAHUIDA	» » »	14	»
PUELCHES	» » »	14	»
ALPACHIRI	» » »	14	»
DOBLAS	» » »	14	»

POBLACION ACTUAL .... 167.352 habitantes
N.° de camas existentes 506
N.° de camas proyectadas 528

Totalizarán .... 1.034 camas

Promedio anterior .... 3,02 camas por mil habitantes
Promedio c/construcciones proyectadas 6,17 » » » »

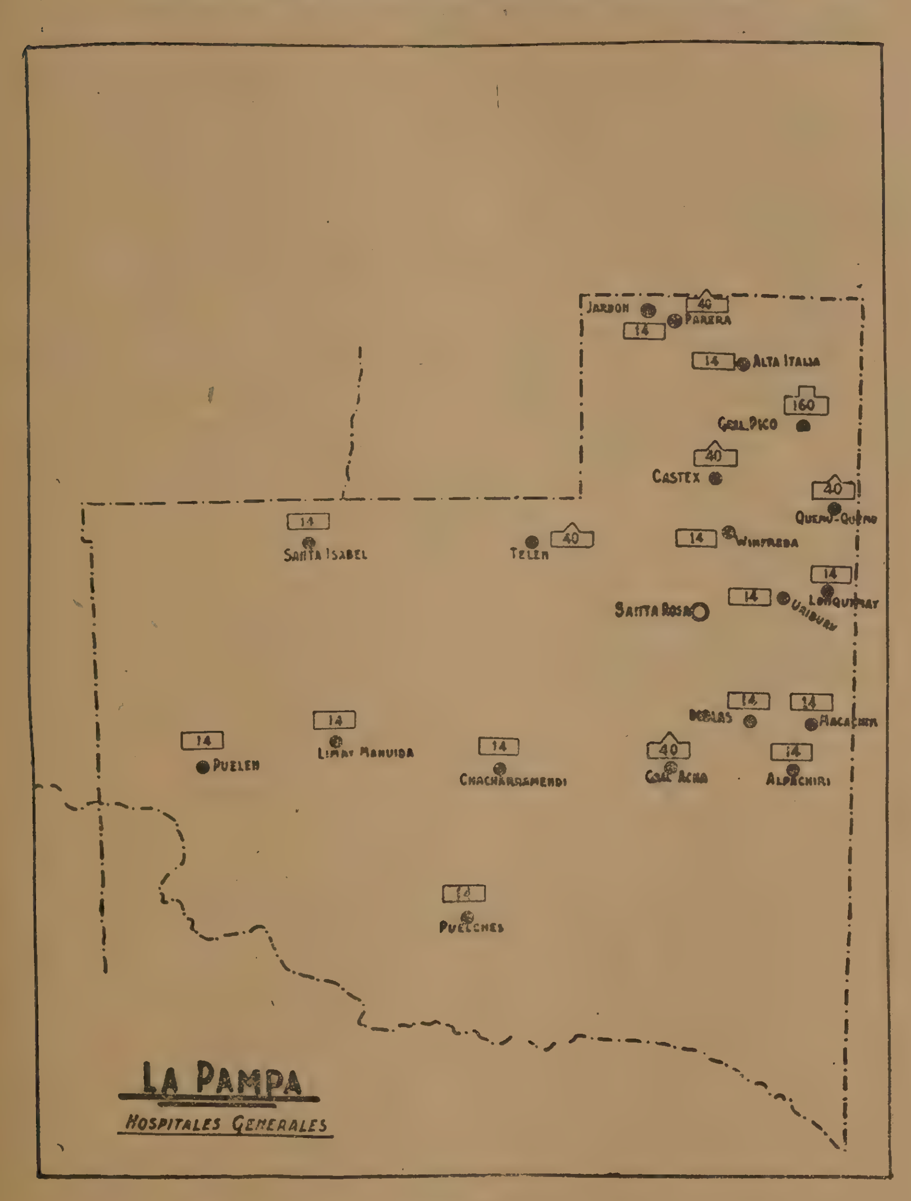

LA PAMPA
HOSPITALES GENERALES
JARDON
PARERA
40
14
ALTA ITALIA
160
GRAL. PICO
CASTEX
40
WINIFREDA
SANTA ISABEL
TELEN
SANTA ROSA
URIBURU
14
ALPACHIRI
PUELEN
LIMAY MAHUIDA
CHACHARRAMENDI
PUELCHES

Figura N.° 16

LA RIOJA

CAPITAL	HOSPITAL DE ZONA DE	160	camas
CHILECITO	» LOCAL DE	40	»
AMINGA	ESTACION SANITARIA DE	14	»
FAMATINA	» » »	14	»
VINCHINA	» » »	14	»
GUANDACOL	» » »	14	»
CHEPES	» » »	14	»
MAZAN	» » »	14	»
OLTA	» » »	14	»
SALICAS	» » »	14	»
ULAPES	» » »	14	»
CHAÑAR	» » »	14	»

POBLACION ACTUAL	118.884	habitantes
N.° de camas existentes	450	
N.° de camas proyectadas	340	
Totalizarán	790	camas

Promedio anterior	3,78	camas por mil habitantes
» c/construcciones proyectadas .	6,64	» » » »


14
Salicas
Mazan
14
Aminga
14
14
14
Famatina
Guandacol
14
160
Capital
14
Chañar
14
Olta
14
Chepe
14
Ulapes
La Rioja
Hospitales Generales

Figura N.º 17

MENDOZA

Lavalle	Hospital Local de	40	camas
Monte Coman	Hospital de	40	»
Malargue	» »	40	»
Villa Atuel	» »	40	»
Uspallata	Estacion Sanitaria de	14	»
Las Catitas	» » »	14	»

Poblacion Actual	546.730	habitantes
N.° de camas existentes	2.791	
N.° de camas proyectadas	188	
Totalizarán	2.979	camas

Promedio anterior .... 5,10 camas por mil habitantes
» c/construcciones proyectadas .. 5,44 » » » »

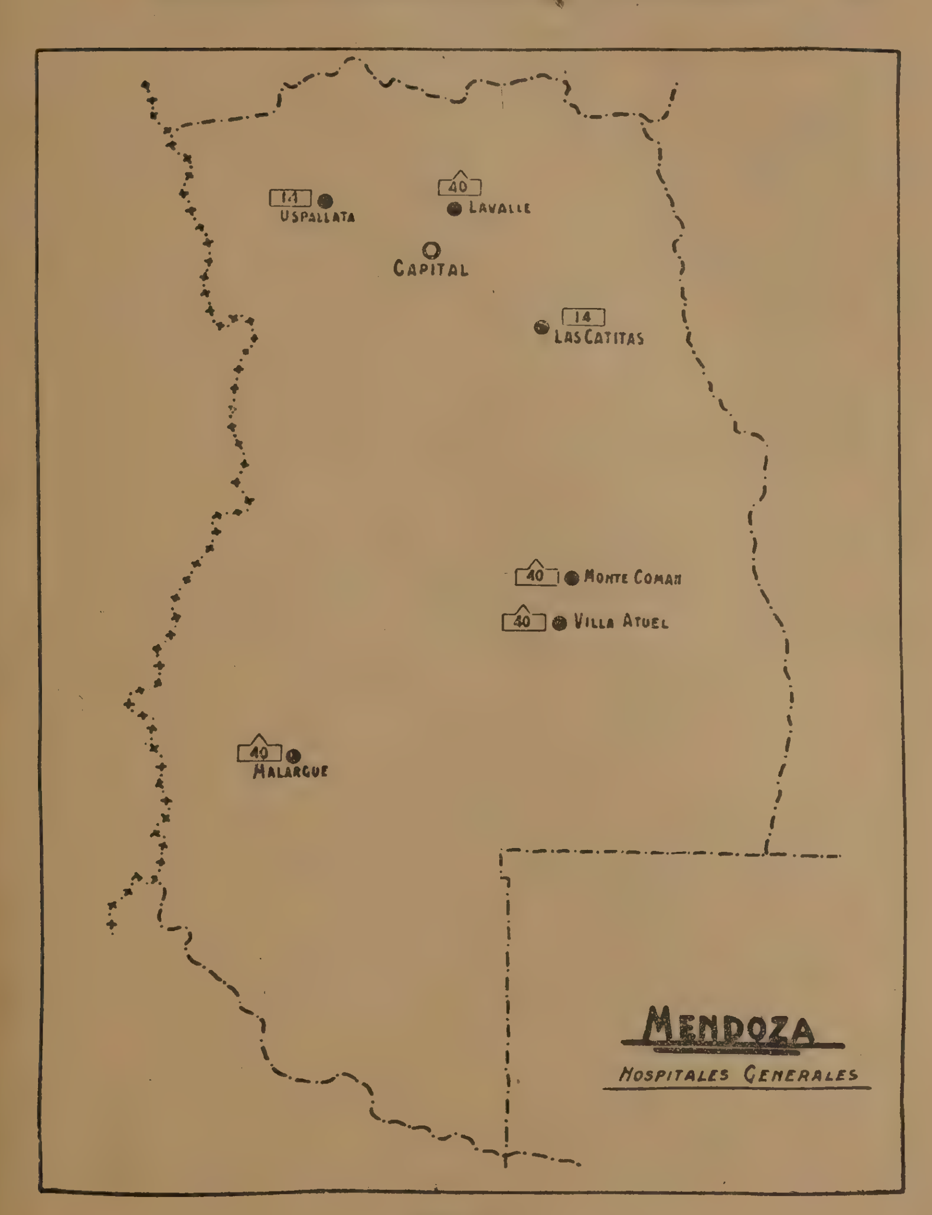

14
USPALLATA
40
LAVALLE
CAPITAL
14
LAS CATITAS
40
MONTE COMAN
40
VILLA ATUEL
40
MALARGUE
MENDOZA
HOSPITALES GENERALES

Figura N.º 18

MISIONES

EL DORADO	HOSPITAL LOCAL DE	40 camas
APOSTOLES	» » »	40 »
SAN JAVIER	» » »	40 »
CONCEPCION DE LA SIERRA	» » »	40 »
LEANDRO N. ALEM	» » »	40 »
MONTEAGUDO	ESTACION SANITARIA DE	14 »
SAN IGNACIO	» » »	14 »
CANDELARIA	» » »	14 »
LOS HELECHOS	» » »	14 »
ITACUARERE	» » »	14 »
BERNARDO DE IRIGOYEN .	» » »	14 »
SAN PEDRO	» » »	14 »

Nota: Oberá no se consigna por existir crédito de $ 350.000 y estudios para construir Hospital de 64 camas.

Con sueldos renuncidados se construyen Salas en: SAN JOSE, SANTA ANA, BOMPLAND, CERRO CORA, CERRO AZUL, PUERTO RICO, CAMPO VIERA y OBERA, Maternidad.

POBLACION ACTUAL	191.800	habitantes
N.° de camas existentes	350	
N.° de camas sueldos renunciados	80	
N.° de camas a construir	64	(Oberá)
N.° de camas proyectadas	312	
Totalizarán	806	camas

Promedio anterior .... 1,82 camas por mil habitantes
» c/construcciones proyectadas .. 4,20 » » » »



40
EL DORADO
B° DE YRIGOYEN
14
14
SAN PEDRO
14
SAN IGNACIO
POSADAS
14
MONTEAGUDO
14
CANDELARIA
14
40
14
SAN JAVIER
40
APOSTOLES
CONCEPCION DE LA SIERRA
40
MISIONES
HOSPITALES GENERALES

Figura N.° 19

NEUQUEN

Neuquen	Tiene sala de 35 camas; construcción anexo edificio de	40	camas
Zapala	Tiene sala de 25 camas; construir anexo edificio de	160	»
Chosmalal	Construcción para unir edificio actual		
San Martin de los Andes	Con el construído con sueldos renunciados (Exp. n.° 42.517/46)		
	Tiene Asistencia Publica-construir anexo edificio de	40	»
	Hospital Local de	40	camas
Las Lajas	Estacion Sanitaria de	14	»
Loncopue	» » »	14	»
Villa la Angostura ..	» » »	14	»
Piedra del Aguila	» » »	14	»
Junin de los Andes ..	» » »	14	»

Poblacion Actual	61,437 habitantes
N.° de camas existentes	126 (sin computar salas construídas con sueldos renunciados Buta-Ranquil, Cutral-Có, Picun Leufú)
N.° de camas proyectadas	336
Totalizarán más de	462 camas

Promedio anterior	2,05	camas por mil habitantes
» c/construcciones proyec. ...	7,52	» » » »

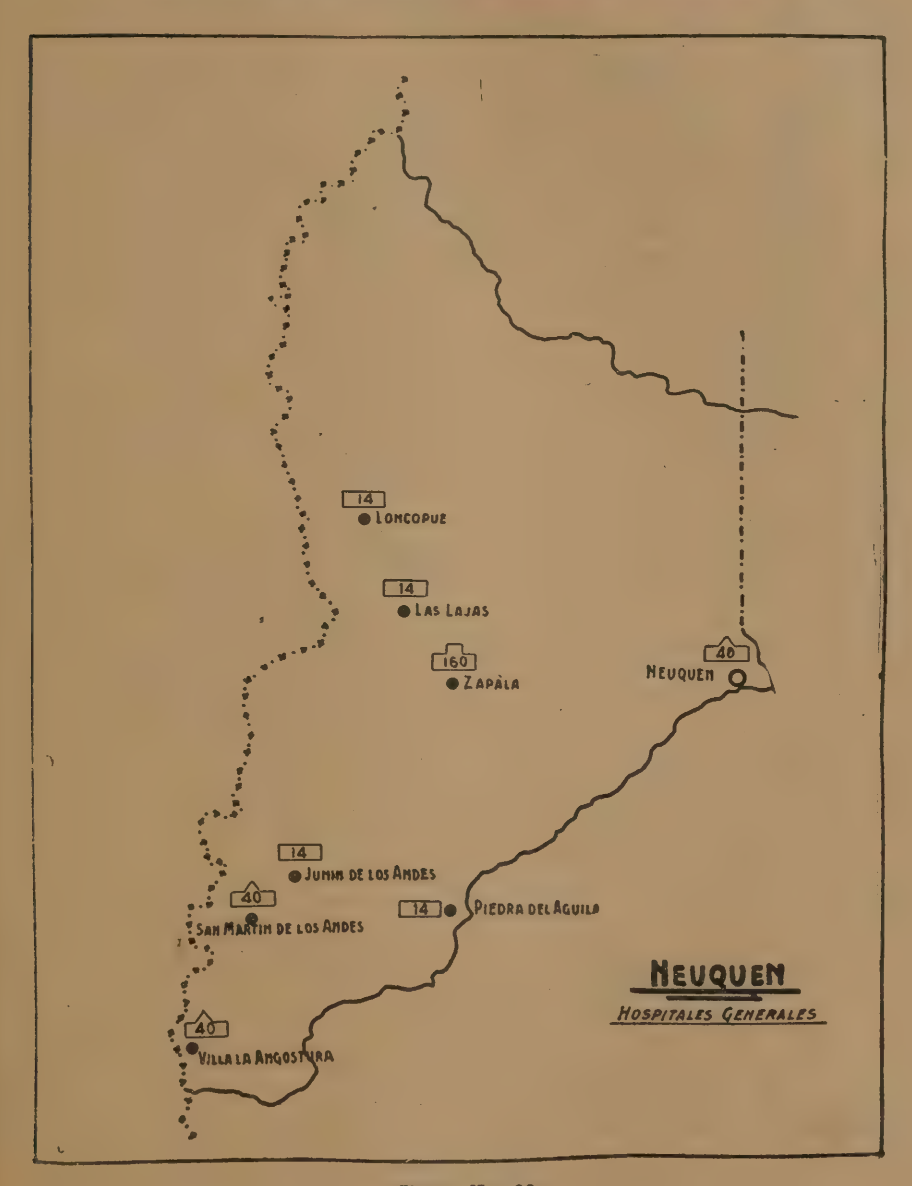

14
LONCOPUE
14
LAS LAJAS
160
ZAPALA
40
NEUQUEN
14
JUNIN DE LOS ANDES
40
SAN MARTIN DE LOS ANDES
14
PIEDRA DEL AGUILA
40
VILLA LA ANGOSTURA
NEUQUEN
HOSPITALES GENERALES

Figura N.° 20

RIO NEGRO

(1) Fuerte General Roca	Hospital Regional de	300	camas
Viedma	» de Zona	180	»
Rio Colorado	» Local	40	»
San Carlos de Bariloche	(Ampliacion)	40	»
	Estacion Sanitaria de	14	»
Conan Niyeo	» » »	14	»
El Cuy	» » »	14	»
Lamarque	» » »	14	»
Ñorquinco	» » »	14	»
Mencue	» » »	14	»
Paso Flores	» » »	14	»
Los Menucos	» » »	14	»

Poblacion Actual: .... 140.727 habitantes

N.° de camas existentes .... 583 (falta computar capacidad salas construídas con sueldos renunciados en Cipolletti, Ing. Huergo, Comallo, Sierra Colorada y de Ing. Jacobacci)

N.° de camas proyectadas 672

Totalizarán más de ...... 1.255 camas

Promedio anterior .... 4,14 camas por mil habitantes

» c/construcciones proyec. ...... 8,91 » » » »

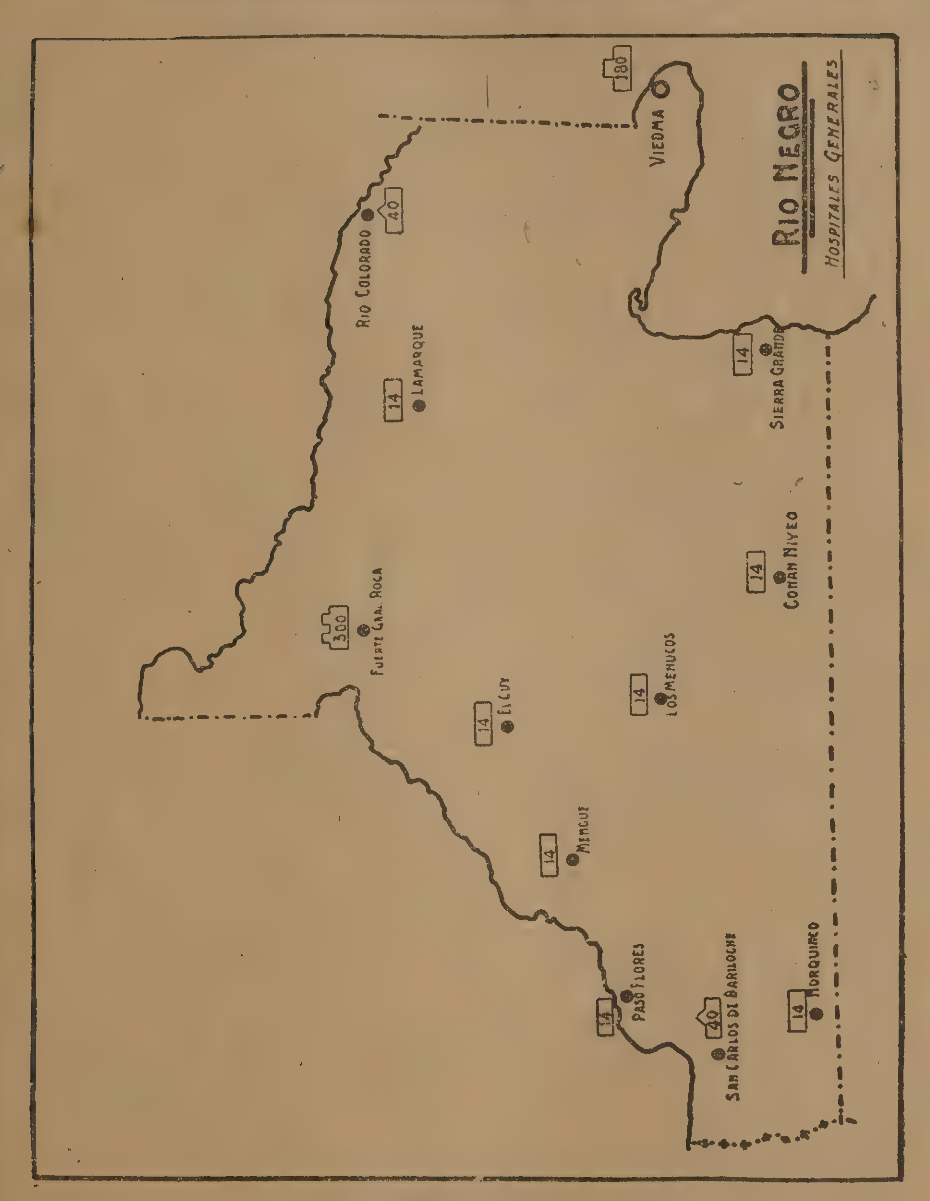

RIO NEGRO
HOSPITALES GENERALES
180
VIEDMA
40
RIO COLORADO
14
LAMARQUE
14
SIERRA GRANDE
14
COMAN NIYEO
300
FUERTE GRAL. ROCA
14
LOS MENUCOS
14
EL CUY
14
MENCUE
14
PASO FLORES
40
SAN CARLOS DE BARILOCHE
14
NORQUINCO

Figura N.° 21

SALTA

Capital	Hospital	Regional de		....	500	camas
Oran.	»	de Zona de		....	100	»
Cachi	»	Local de		....	40	»
Cafayate	»	»	»	....	40	»
Iruya	Estacion	Sanitaria	de	....		»
Rivadavia	»	»	»	....	14	»
Piquete	»	»	»	....	14	»
La Viña	»	»	»	....	14	»
Pichinal	»	»	»	....	14	»
Colonia Buena Ventura	»	»	»	....	14	»
Santa Victoria	»	»	»	....	14	»

Tartagal en construcción .... 100 camas

Poblacion Actual:	239.693	habitantes
N.° de camas existentes	1.295	
N.° » » proyectadas	778	
Totalizarán	2.073	camas

Promedio anterior .... 5,40 camas por mil habitantes
» c/construcciones proyec. ...... 8,65 » » » »


SALTA
HOSPITALES GENERALES
CAFAYATE
40
CACHI
40
LA VIÑA
14
CAPITAL
500
PIQUETE
14
IRUYA
14
SANTA VICTORIA
14
ORAN
100
PICHINAL
14
RIVADAVIA
14
C. BUENAVENTURA
14

Figura N.º 22

SAN LUIS

Villa Mercedes	Hospital	Regional de	360	camas
Justo Darac	»	Local »	40	»
Villa Dolores	»	» »	40	»
San Francisco del Monte de Oro	»	» »	40	»
Buena Esperanza	»	» »	40	»
Anchorena	Estacion	Sanitaria de	14	»
Fortuna	»	» »	14	»
Beazley	»	» »	14	»

Poblacion Actual .... 203.022 habitantes
N.º de camas existentes: 397
» » » proyectadas: 562

Totalizarán .... 959 camas

Promedio actual .... 2,76 camas por mil habitantes
» c/contrucciones proyec. .... 4,72 » » » »

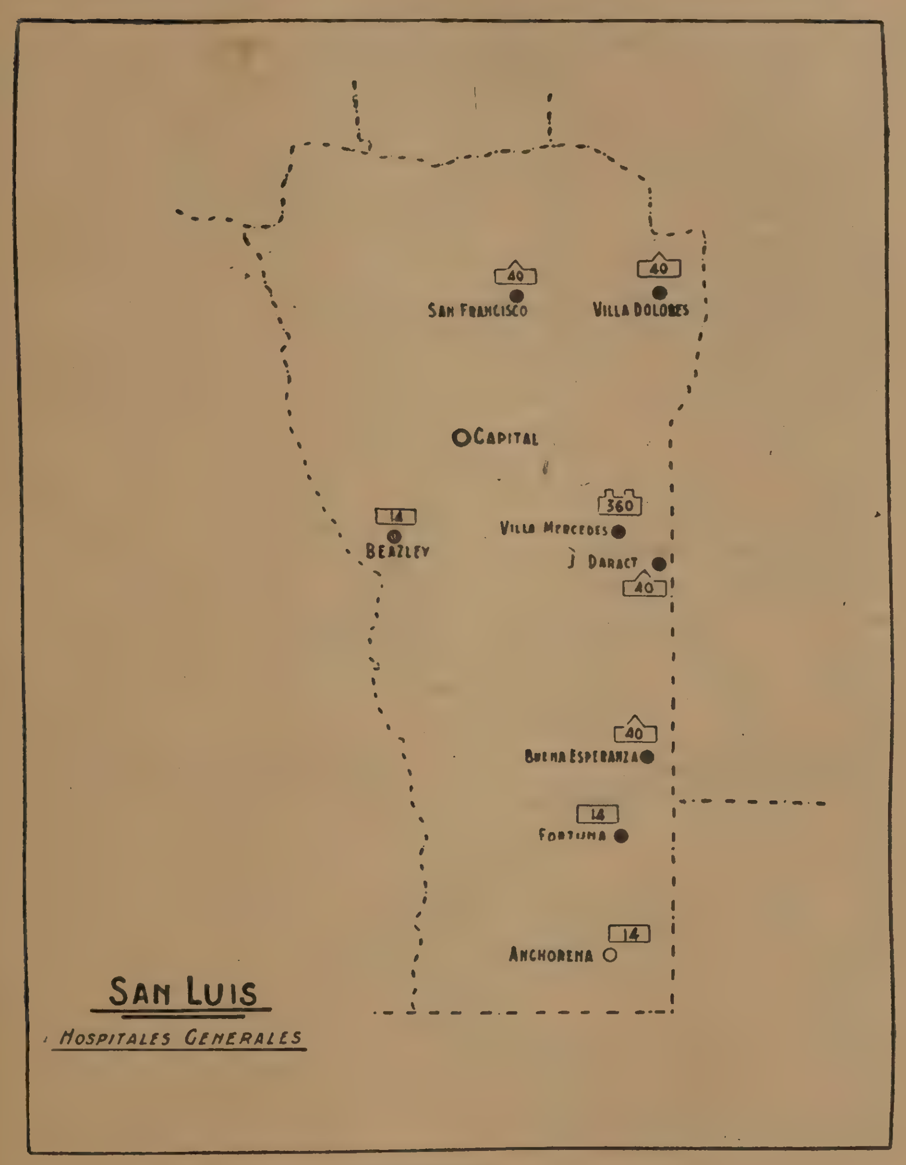

40
San Francisco
40
Villa Dolores
Capital
360
Villa Mercedes
14
Beazley
Daract
40
40
Buena Esperanza
14
Fortuna
14
Anchorena
San Luis
Hospitales Generales

Figura N.° 23

SAN JUAN

CAPITAL	HOSPITAL REGIONAL DE	500	camas
JACHAL	» DE ZONA DE	160	»
CAUCETE	» LOCAL DE	40	»
DESAMPARADOS	» » »	40	»
POCITO	» » »	40	»
ALBARDON	» » »	40	»
CAÑADA HONDA	» » »	40	»
CALINGASTA	» » »	40	»
CARPINTERIA	ESTACION SANITARIA DE	14	»
BERMEJO	ESTACION SANITARIA DE	14	»
IGLESIAS	» » »	14	»
ULLUN	» » »	14	»
ASTICA	» » »	14	»

POBLACION ACTUAL .... 243.303 habitantes
N.° de camas existentes 739
» »» » proyectadas 970

Totalizarán .... 1.709 camas

Promedio anterior .... 3,03 camas por mil habitantes
» c/construcciones proyec. .... 7,02 » » » »

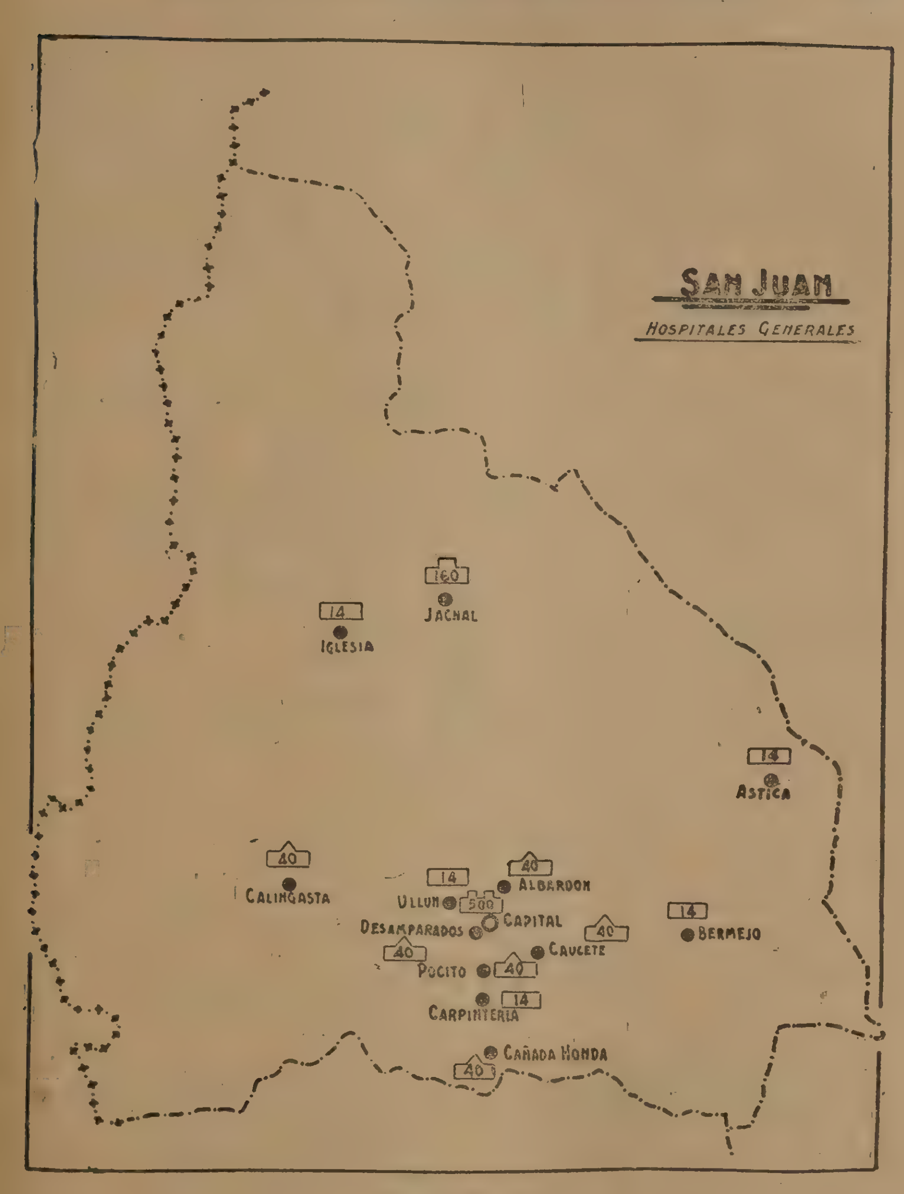

SAN JUAN
HOSPITALES GENERALES
160
JACHAL
14
IGLESIA
14
ASTICA
40
CALINGASTA
14
40
ALBARDON
ULLUN
500
CAPITAL
DESAMPARADOS
40
14
BERMEJO
40
CAUCETE
POCITO
40
14
CARPINTERIA
CAÑADA HONDA
40

Figura N.° 24

SANTA CRUZ

Colonia las Heras	Estacion Sanitaria de	14	camas
Puerto Deseado	Continuar Construccion del ala analoga del Edificio Existente Cuyos Cimientos Estan Construidos	25	»
Rio Gallegos	Construir Anexo y a Continuacion del Hosp. 1 *pabellón* para maternidad con 10 *camas y una salita* de niños con 10 camas.	20	camas
Cañadon Leon	Estacion Sanitaria de	14	»
Comandante Piedra-buena	» » »	14	»
Lago Argentino	» » »	14	»

Poblacion Actual .... 24.551 habitantes
N.º de camas existentes .... 137 (falta comentar capacidad salas construídas con sueldos renunciados en Calafate y Paso Roballo)

N.º de camas proyectadas 101
Totalizará .... 238 camas

Promedio anterior .... 5,48 camas por mil habitantes
» c/construcciones proyec. .... 9,69 » » » »

TIERRA DEL FUEGO

Ushuaia .... hospital de .... 40 camas (dependencias para personal)

Río Grande .... Existe un edificio en construcción (ampliar) (pedir se active construcción)

Población actual .... 4.500 habitantes
N.º de camas existentes .... 30 (A. Pública Ushuaia 10; Hospital General de emergencia en Río Grande 20 camas)
» » » proyectadas .... 40 (en Ushuaia)
» » » en construcción ... 30 (En Río Grande)
Totalizarán .... 100 camas

Promedio actual .... 8,33 camas por mil habitantes
» c/ construcciones proyectadas 15,55 » » » »

Este último promedio se calcula en base a las construcciones proyectadas únicamente.


14
Colonia Las Heras
Puerto Deseado
25
14
Cañadon Leon
14
Cte. Piedrabuena
14
Lago Argentino
Rio Gallegos
20
40
Ushuaia
Santa Cruz
Tierra del Fuego
Hospitales Generales

Figura N.° 25

SANTA FE

Capital	Hospital regional	500	camas
Rosario	» »	500	»
Rafaela	» »	500	»
Vera	» »	500	»
Rosario (1)	Instituto de	325	»

Población actual	1.830.292 habitantes
N.º de camas existentes	6.461
» » » proyectadas	2.325
Totalizarán	8.786 camas

Promedio actual .... 3,53 camas por mil habitantes
» c/ construcciones proyectadas 4,80 » » » »

Además cuentan en la Provincia con:

660 camas para mentales ....
294 » » tuberculosos .... Total: 1.077 camas
123 » » leprosos ....

(1) Instituto para cardiología	50	camas
» » gastroenterología	50	»
» » medicina de urgencia y traumatología	50	»
» » cirugía de tórax (no tuberculosa) .	150	»
» » neurocirugía	50	»
	325	»

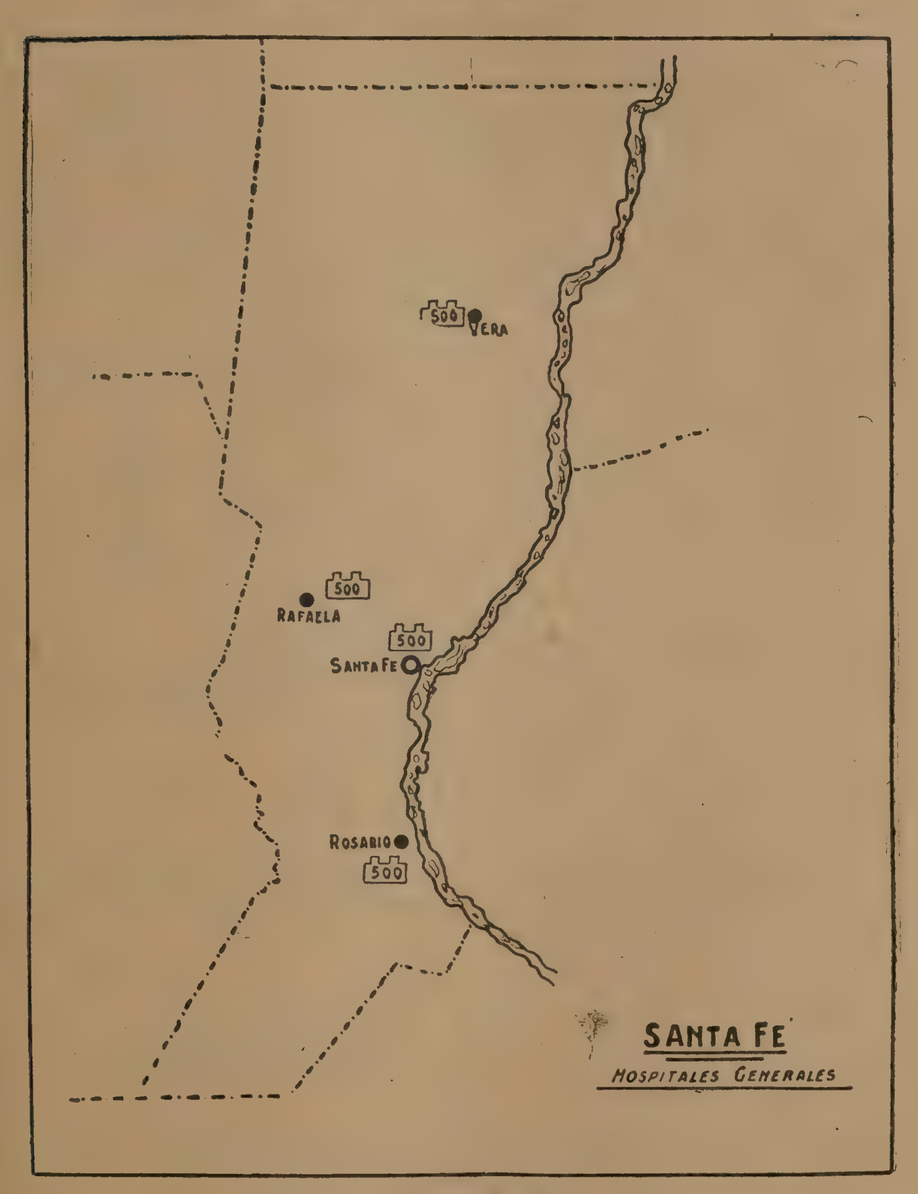

500
VERA
500
RAFAELA
500
SANTA FE
ROSARIO
500
SANTA FE
HOSPITALES GENERALES

Figura N.º 26

SANTIAGO DEL ESTERO

SANTIAGO DEL ESTERO .	HOSPITAL	REGIONAL	....	500 CAMAS
LA BANDA	»	»	....	500 »
TERMAS DE RÍO HONDO	»	LOCAL	....	40 »
LORETO				
MONTE QUEMADO				
QUIMILÍ				
BANDERA BAJADA	ESTACIÓN	SANITARIA	DE	14 »
SAN PEDRO	»	»	»	14 »
GARZA	»	»	»	14 »
ATAMISQUI	»	»	»	14 »
HERRERA	»	»	»	14 »
ICAÑO	»	»	»	14 »
BANDERA	»	»	»	14 »
SELVA	»	»	»	14 »
QUEBRACHO COTO	»	»	»	14 »
CAMPO GALLO	»	»	»	14 »

POBLACIÓN ACTUAL	613.374	habitantes
N.° de camas existentes	554	(No se computan 4 salas de «sueldos renunciados»).
N.° de camas existentes	1.300	
Totalizarán	1.854	camas

PROMEDIO ANTERIOR	0,90 camas por mil habitantes
C/ CONSTRUCCIONES PROYECTADAS	3,02 » » » »



Figuara N.º 27

TUCUMAN

Capital			
Concepcion	Hospital Regional de	320	»
Villa Alberdi	Hospital de Zona de	160	»
Monteros	» » » »	160	»
Simoca	» Local de	40	»
Las Cejas	» » »	40	»
Lules	» » »	40	»
Lamadrid	» » »	40	»
Aguilares	» » »	40	»
Tafí Viejo	» » »	40	»
La Cocha	» » »	40	»
San Pedro de Colalao	Estación Sanitaria de	14	»
Burruyaco	» » »	14	»
Los Puestos	» » »	14	»
El Naranjo	» » »	14	»
Colalao del Valle ..	» » »	14	»
Amaicha del Valle ..	» » »	14	»
Escaba	» » »	14	»

Población actual	647.276	habitantes
N.º de camas existentes	968	
» » » proyectadas	2.018	
Totalizarán	2.986	camas

Promedio actual	1,49	camas	por	mil	habitantes
» c/ construcciones proyectadas	4,61	»	»	»	»


14
San Pedro Colalao
14
Colalao del Valle
14
Amaicha del Valle
14
Burruyacu
14
El Naranjo
Tafi Viejo
40
Capital
1000
40
Las Cejas
Lules
40
160
Montero
40
Simoca
14
Los Puestos
320
Concepcion
40
Aguilares
160
Villa Alberdi
40
Lamadrid
Escaba
14
La Cocha
40
TUCUMAN
Hospitales Generales

Figura N.º 28

ORGANIZACION DE LOS EQUIPOS DE EMERGENCIA PARA MOVILIZACION DE PERSONAL Y MATERIAL EN CASO DE CATASTROFE - CICLONES - TERREMOTOS

Siguiendo los lineamientos del Plan Quinquenal de Salud Pública, el país se dividirá en regiones, teniendo en cuenta los diversos factores:

1 — Zonas afectadas por grandes catástrofes periódicas, que comprenden las provincias andinas: Región Sísmica.

2 — Zonas en las cuales existe la posibilidad de producirse accidentes colectivos, ya sea por sus actividades industriales, de transportes o por sus características geográficas.

De la presente clasificación, surge la conveniencia de situar centros con sus respectivos equipos de emergencia, en lugares estratégicos para proporcionar auxilio inmediato.

Para la región sísmica, tendrán asiento dichos centros, en las siguientes ciudades: Mendoza, San Juan y La Rioja.

Para las zonas donde existan posibilidades de accidentes colectivos se instalarán en: Córdoba (Polvorín del Ejército), centro a su vez equidistante de los demás; Tucumán, que podrá atender la zona Norte del país; Capital Federal y Bahía Blanca (ciclones - accidentes del transporte e inundaciones).

Para esta ubicación se han tenido presentes las mayores probabilidades del riesgo, como así también el factor población, por cuanto a mayor densidad el peligro aumenta.

En estas localidades, se instalarán depósitos de elementos para curaciones y medicamentos, convenientemente renovados, con todo lo concerniente al equipo y de acuerdo a la descripción que se adjunta. Todo este gran equipo, estará agregado al hospital del lugar o en su defecto disponerse de un local destinado especialmente a este fin.

Estos centros de emergencia serán, a su vez, los encargados de organizar la divulgación de conocimientos de primeros auxilios a los habitantes, ilustrándolos y preparándolos para que sean útiles en los momentos necesarios, mediante conferencias y clases teórico-prácticas que se dictarán periódicamente.

El personal técnico-profesional que atenderá estos centros será el del hospital al cual se halla anexado, contándose además con el equipo especializado que consta de:

Un traumatólogo.

Un cirujano plástico.

Un odontólogo cirujano especializado en traumatología.

Asimismo se estima conveniente coordinar esta acción con la Junta Local del Comando de la Defensa Antiaérea Pasiva del Interior, por la identidad de fines perseguidos.

Para la mayor eficacia de la organización de emergencia, todos los servicios afectados y por crearse, deben estar centralizados, dependientes de la Dirección General de Hospitales.

Se levantará el censo de los centros quirúrgicos importantes del país y susceptibles de movilizarse.

Para coordinar la labor de todo lo relativo al funcionamiento eficaz de estos organismos, se dictará la reglamentación pertinente, y la Dirección General de Hospitales de la cual dependerá, designará el personal encargado de su dirección.

Movilidad: está representada por el sistema tipo que se agrega, y cuya ubicación se hará de acuerdo a la distribución sugerida.

TIPO DE EQUIPO MOVIL DE EMERGENCIA

EQUIPO QUIRURGICO

2 Cirujanos
4 Ayudantes cirujanos
6 Enfermeros
6 Enfermeras

MOVILIDAD

5 Aviones Ambulancias
2 Ambulancias
2 Camiones (características adecuadas)
1 Camioneta rural

ILUMINACION

20 Lámparas «Sol de Noche» (a combustible líquido)
2 Lupas a 4 lámparas, acopladas a baterías de los camiones
18 Linternas de mano, para 4 elementos
72 Pilas para linternas de cuatro elementos
2 Frontolux tipo Finochietto a pila
1 Convertidor corriente continua o alternada adaptable al aparato rayos portátil
12 Pilas para frontolux Finochietto

MATERIAL

50 Delantales para cirujanos, talle 52
20 Guardapolvos para enfermeros, talle 52
15 Guardapolvos para enfermeras, talle 48
100 Litros de kerosene
15 Carpas capacidad 4 catres c/u.
2 Carpas techo horizontal, superficie 3,50 x 3,50 ms. para sala de operaciones
60 Catres de campaña
100 Frazadas

20 Colchonetas tamaño de los catres
120 Sábanas para catres
60 Almohadas
6 Camillas para transportar enfermos
3 Mesas de operaciones livianas
10 Mesitas de curaciones, metálicas
1 Aparato esterilizador Chamberlán 35 cm. O a kerosene (autoclave)
4 Pies de aros para 2 palanganas
4 Pies soporte para irrigadores
12 Palanganas adaptables a los pies de aros
8 Baldes enlozados
6 Chatas enlozadas
10 Cubetas enlozadas de 20 x 30 centímetros
8 Riñoneras enlozadas 20 cms. de largo
1 Esterilizador a seco para cirugía.
10 Camisas de repuestos «Lámparas Sol de Noche».
3 Calentadores primus
4 Irrigadores
4 Aparatos de Braum
4 Hervidores a alcohol 30 x 10 centímetros
4 Hervidores a alcohol 15 x 8 centímetros
10 Tambores niquelados de 15 cms. O (para gasas en trozos y guantes esterilizados)
10 Tambores niquelados 30 cms. de diámetro (para compresas, guardapolvos, sábanas)
1 Esterilizador de guantes de 6 manoplas a alcohol
10 Férulas de alambre tejido para extr. inferiores cortos y largos
8 Férulas de alambre tejido para extr. superiores cortos y largos
50 Tablillas para fracturas, plegadizas
2 Aparatos de Ombredame
6 Mascarillas para anestesia
6 Peras Richardson
10 Metros goma para aplicar frascos inyecciones suero
50 Tubos óxigeno con llave reguladora de 1,600 lts. c/u.
60 Sondas Nelaton para oxigenoterapia nasal N.º 12
60 Trozos tubo de goma para conexión del oxígeno
2 Vendas de goma para compresión
4 Abreboca Collin
4 Tiralenguas
6 Tubos de Mayo
8 Goteros de Murply
12 Pares de guantes de goma N.º 8
12 Pares de guantes de goma N.º 7½
20 Sábanas para campo oparatorio
80 Compresas de 80 x 80 cms.
5 Estufas a kerosene de 8 velas para calefacción
12 Bolsas goma para agua caliente
12 Bolsas goma para hielo
12 Orinales de vidrio para mujeres
12 Orinales vidrio para hombre (papagallo)
10 Cepillos de uñas
20 Jabones tipo Marsella
15 Intermediarios para jeringas de uso común
20 Gomas para irrigadores
1 Kilo de alumbre
10 Kilos yeso de París
200 Vendas enyesadas de 12 cms.
100 Vendas ensayadas
100 Vendas enyesadas de 8 cms. de ancho
10 Rollos de Ovata de cada ancho
5 Rollos de Malla para yeso
50 Litros alcohol desnaturalizado
10 Sondas Nelaton N.º 20
60 Intermediarios metálicos para jeringas de 20 c. c. para conexión con las sondas Nelaton
1 Heladera a kerosene
500 Agrafes
5 Sondas melaton N.º 18
4 Pinzas Michel
2 Cajas niqueladas con los elementos para amputaciones, conteniendo:
1 Cuchillo amputaciones
1 Sierra a costilla
12 Pinzas kocher
2 Bisturí
1 Tijera recta
1 » curva
4 Pinzas Fean
4 » de campo
1 » diente ratón
1 » disección
1 Legra curva
1 » recta
1 Sierra de Gigli
1 Davier
1 Garrote Finochietto

2 Separadores a gancho, menor tamaño
12 Cajas niqueladas para cirugía menor tamaño 25 x 10 cms. conteniendo:
1 Bisturí
1 Tijera recta corta roma
1 » curva roma
2 Agujas para punciones raquídeas
12 Pinzas Kocher
4 » Pean
2 » anatómicas
1 » diente ratón
1 Sonda acanalada
1 Cureta chica
6 Agujas para suturas (surtidas)
2 Separadores Farabeuf.

MATERIAL DE SUTURA

30 Tubos catgut N.° 00 esterilizados
30 » » » 1 »
20 » » cromado N.° 2 esterilizado
50 Tubos crin florencia esterilizados N.° 1 y 2
2 Carreteles hilo de algodón N.° 10
2 » » de algodón N.° 50
2 Carreteles hilo de algodón número 60
6 Cajas de Cirugía general conteniendo:
2 Bisturí
12 Pinzas Kocher
4 » Pean
2 » disección
1 » diente ratón
1 Tijera curva
1 » recta
2 Separadores Farabeuf
1 » Gosset mediano
1 Sonda acanalada
1 Cápsula de porcelana para colocar anestesia local de 200 c. c.
2 Jeringas de 10 c. c.
3 Agujas instramusculares
1 » punción raquídea
2 Clamps elásticos
8 Agujas curvas, varios tamaños
5 » rectas
1 Pinza porta agrafe cargada
2 Curetas fenestradas
1 » simple
4 Cajas pinzas niqueladas Kocher con 12 c/u.

Cajas accesorias para cirugía de estómago e intestino

1 Caja niquelada conteniendo:
1 Separador Gosset grande
1 Clamps a tres ramas para estómago
4 Clamps para intestino
24 Pinzas mosquito
4 » Chaput

Cajas de Cirugía de Tórax

1 Caja niquelada conteniendo:
1 Costótomo
1 Legra curva
1 » recta
1 Separador Finochietto p/costilla
1 Cizalla
1 Legra curva para costilla

Cajas accesorias para cirugía de cráneo

1 Caja niquelada conteniendo:
1 Trépano de mano
1 Gubia
3 Agujas curvas de Hagedorn
1 Pinza y 200 agrafes para meninges.

EQUIPO DE TRANSFUSION

1 Médico
6 Enfermeros

SANGRE CONSERVADA

Plasma seco (desecado)
» líquido
Pie de soporte (metálico) para frascos
12 Agujas para transfusión con su guarda aguja y caja niquelada
5 Metros tubo de goma para transfusión
12 Intermediarios de vidrio para transfusión

EQUIPO RADIOLOGICO

1 Aparato rayos X de 30.000 amperes
2 Chasis de 30 x 40 cms. con 2 pantallas reforzadoras
2 Chasis de 36 x 43 cms. con 2 pantallas reforzadoras
2 Chasis de 18 x 24 cms. con 2 pantallas reforzadoras
12 Películas de 30 x 40 cms.
12 Películas de 36 x 43 cms.
12 Películas de 18 x 24 cms.
1 Porta películas de 30 x 40 cms.
1 » » » 36 x 43 cms.
1 » » » 18 x 24 cms.
3 Cubetas de 40 x 50 cms.
2 Lámparas rojas para cuarto obscuro
2 Lámparas amarillas para cuarto obscuro
2 Lámparas luz, comunes de 75 watts
5 Litros reveladores
5 Litros fijador
1 Cuarto obscuro desmontable de 2 x 2 ms. con su revestimiento de paño negro

PERSONAL

1 Médico radiólogo
2 Ayudantes (1 para laboratorio)

MATERIAL DE CURACIONES

30 Kilos de algodón
5 Piezas de gasa cortada de 12 x 12 cms.
200 Vendas Cambric de 5 x 8 cms.
100 Vendas Cambric de 3 x 5 cms.
30 Litros de agua oxigenada
25 Litros de alcohol puro
5 » Tintura de Merthiolate
10 Tarros de cicatul
10 Litros de bencina
10 » de agua destilada esterilizada
500 gramos de sulfamerazina o sulfadiazina sódica fraccionada en tubos de frascos de 10 grs. c/u. estirilizada
30 Rollos de tela adhesiva de 5 cms. de ancho

JERINGAS

20 Jeringas de 2 c. c. con sus correspondientes cajas niqueladas
20 Jeringas de 5 c. c. con sus correspondientes cajas niqueladas
20 Jeringas de 10 c. c. con sus correspondientes cajas niqueladas
10 Jeringas de 20 c. c. con sus correspondientes cajas niqueladas
2 Jeringas de 50 c. c. con sus correspondientes cajas niqueladas
50 Agujas para inyecciones intramusculares de 5 x 8/10
50 Agujas para inyecciones hipodérmicas de 3 x 8/10 con sus correspondientes guarda aguja

INYECTABLES

200 Ampollas de morfina de 0,01 gr.
100 Ampollas de sulfato neutro de estrinina de 0,001 gr.
50 Ampollas de clorhidrato de papaverina de 0,04 gr.
400 Ampollas de cafeína
400 Ampollas de coramina
400 Ampollas de cardiazol
400 Ampollas de adrenalina
100 Ampollas de digalene
50 » » onabaína
80 » » antigangrenoso de 10 c. c. c/u.
200 Ampollas de cardiazol efedrina
200 Ampollas de efedrina
20 Cajas de veritol
20 » icoral
100 Ampollas de suero antitetánico de 5,000 u. c/u.
50 Ampollas de suero normal de caballo
100 Ampollas de suero fisiológico de 500 c. c. c/u.
50 Ampollas de suero gelatinado
100 Ampollas de suero glucosado isotónico de 500 c. c. c/u.
50 Ampollas de suero glucosado hipertnico de 50 % c/u.
20 Ampollas de suero clorurado hipertónico de 20 % c/u.
50 Frascos penicilina 500.000 u. c/u.
100 Frascos de suero fisiológico de 10 c. c. c/u. esterilizado

200 Ampollas bitubulado de 100 c. c. de suero fisiológico esterilizado

5 Tambores de 15 x 15 conteniendo: Frascos de novocaína en polvo (1 gr. c/u.) esterilizado

10 Cápsulas de porcelana de 200 c. c. esterilizado

ANESTESICOS

50 Ampollas de cloroformo anestésico

100 Frascos éter anestésico

100 Ampollas de cloruro de etilo puro para anestesia local y general

20 Ampollas de novocaína para anestesia raquídea

50 Ampollas pentotal sódico

Nota: Contar con un equipo electrógeno de corriente alternada. Asegurar la provisión de agua potable.

UNIFICAR EL FUNCIONAMIENTO TECNICO DE LOS HOSPITALES

Tiene nuestra asistencia hospitalaria Nacional un promedio bajo de camas, respecto a la población, el que oscila entre 8,33 en Tierra del Fuego y 0,90 ‰ en Santiago del Estero. El término medio es de 3,57 ‰ en el país.

De esto surge la necesidad de construir establecimientos asistenciales repartidos según la densidad de la población, la proporción de establecimientos existentes, la distancia y medios de comunicación, etc., lo que trae, como lógica consecuencia, la necesidad de aumentar el presupuesto nacional para la Salud Pública, siendo el nuestro uno de los más bajos comparados con el de las demás naciones.

Elevando el promedio de camas a 7,62 ‰, tal como se establece en el Plan Quinquenal de construcciones hospitalarias, que representa más el doble del actual, nos acercamos al 10 ‰, que es el promedio asistencial que se estima suficiente en un estado adelantado en materia de salubridad. Esta asistencia será más amplia con la prestación de los servicios médicos a domicilio, servicios que prestará el Estado por intermedio del «Médico de Familia», estableciéndose así la semisocialización médica.

La asistencia médica debe ser uniforme en todo el país bajo las directivas de la Secretaría de Salud Pública, la que se efectuará en su doble aspecto científico y administrativo. A tales fines, se ha de fundamentar en los principios y bases del Código Sanitario Nacional y los reglamentos internos.

A su vez, estando divididos los establecimientos en hospitales generales y de especialidades; dispensarios, centros de salud, etc., débese para su mejor rendimiento y economía, organizarlos de modo tal que los establecimientos dedicados a un mismo fin lo realicen con sentido uniforme.

Para lograrlo, a establecimientos similares corresponderán «reglamentaciones tipo», que contemplarán el objeto y función de los mismos; la internación de los enfermos; los consultorios externos; de especialidades; las funciones y obligaciones de los directores, jefes de servicio, médicos internos, jefes de farmacia; así como lo referente al personal médico, odontológico, kinesiólogo, de visitadoras de higiene; administrativo, subtécnico; de las hermanas de caridad, enfermeros; del personal de maestranza, servicio, mayordomía, peluquería, sastrería, jardinería, etc.

A. Tipos de edificación

Sus características deben, ante todo, estar subordinadas a las distintas zonas de ubicación: de llanura, serrana, marítima, cordillerena, sísmica y tropical. Dentro de esta división, uniformados por los servicios a prestar y por su capacidad asistencial.

Dentro de la zona elegida para la construcción, deben situarse los hospitales, en sitios protegidos de las condiciones climáticas diversas (vientos, etc.), de donde se pueden proveer de abundante agua potable y buen sistema de cloacas sanitarias.

La orientación ha de ser, en principio, hacia el norte o noroeste, sin que prevalezcan los fines estéticos en detrimento de las condiciones esenciales.

Se ha de tener en cuenta en lo posible, que las camas estén orientadas paralelas a las paredes laterales en el centro de la sala, en forma tal, que la entrada de la luz dé al enfermo por su lado izquierdo. Deberán ubicarse a cada lado de un tabique central a lo largo de la sala con subdivisiones formando boxes con dos camas cada uno, de acuerdo a la figura N.° 1.

Estos tabiques de mampostería, deberán tener en las salas generales un metro de altura y sobre el mismo continuarse con una vidriera opaca de 0,40 m. de alto. En las salas pequeñas se deberán hacer estas divisiones en forma de cruz para cuatro enfermos (ver figura N.° 2.).

Ha de proyectarse que en la construcción de salas comunes, estén divididas las camas en uno o dos a lo sumo, por los tabiques mencionados de 1,40 m., resguardando en esa forma el pudor y comodidad de los enfermos.

Para infectocontagiosos, ha de establecerse el uso de una habitación por enfermo, con su correspondiente baño individual, o, por lo menos, un baño para cada dos habitaciones contiguas.

EDIFICIOS TÉRMICOS. — Los edificios se construirán con un criterio científico; todos han de ser «térmicos», vale decir, que las paredes estén hechas con dos tabiques entre los cuales quede una cámara de aire inamovible; con doble juego de ventanas y puertas, en tal forma que las grandes variaciones de temperatura, propias de casi todo nuestro territorio, no influyan en los ambientes asistenciales. Aunque su ejecución recarga el costo de la construcción, es de gran valor profiláctico mantener una constante temperatura. Además, en esta forma se ahorrará una cantidad considerable de combustible para calefacción.

EDIFICACIÓN ANTISÍSMICA. — La construcción debe prever la acción de los terremotos, por lo que en las zonas volcánicas de nuestro país (cordillerana, etc.) deben hacerse con el sistema antisísmico.

PROTECCION CONTRA INSECTOS. — Las ventanas y puertas tendrán juego de doble puertas y bastidores con alambre tejido de un calado de 3 m. o menos, para evitar la entrada de moscas, mosquitos, vinchucas, etc.

HIGIENE-COMODIDAD Y CONSTRUCCIÓN FUNCIONAL. — La comodidad, que no es lujo, así como la disposición funcional de los ambientes, son condiciones indispensables para la limpieza y su mantenimiento y, principalmente, para economizar tiempo en el trabajo que realiza el personal técnico y auxiliar. Todas estas indicaciones han de tenerse en cuenta en el plan de construcciones hospitalarias a efectuarse en las distintas zonas del país (cordillerana, serrana, llanura, marítima, sísmica, selvática, tropical y fría) teniendo en cuenta a qué especialidad se le ha de destinar.

El empleo de los accesorios sanitarios modernos como el lavachatas a chorro de agua, con dispositivo cerrado, es de gran importancia, así como disponer únicamente del tipo de inodoros sin tapa, a borde romo, del mismo material de porcelana, como los bidet.

La capacidad de los ambientes tendrá por cama 8 ms. cuadrados de superficie con una altura mínima de 3 ms.; la ventilación en la parte alta, lo más cerca posible del cielo raso, para evitar «zonas de aire muerto» de difícil renovación y corrientes de aire. Se ha de calcular la superficie cubierta del hospital por cama, en unos 50 ms. cuadrados incluyendo, además de las salas de habitación, todas las dependencias administrativas y accesorias.

Con la ubicación y orientación del establecimiento, la construcción térmica, la orientación de las camas con el costado izquierdo hacia la luz (ventanas), la calefacción, refrigeración, agua caliente, etc., se establecerá el microclima ambiental.

SISTEMA DE CONSTRUCCIÓN. — En general, se construirá con el estilo de monoblock, con disposición radiada, cuando el número de salas lo permita.

Sistema de emergencia. — Tener previsto un tipo de emergencia de luz y calefacción para las dependencias principales, guardia, sala de operaciones, etc.

Sistema de iluminación. — El sistema de iluminación será en las salas, general e individual, por cama, para no molestar a los demás en la asistencia nocturna, además de darle comodidad a cada paciente.

Salas de operaciones. — Deben ser comunes a todo el hospital, como el personal de anestesistas, rayos X, laboratorios de emergencia, transfusiones y plasmoterapia, endoscopia, el arsenal quirúrgico, esterilización, calefacción y aire acondicionado.

Este sistema único, de sala de operación, corresponderá uno por cada treinta camas o fracción subsiguiente.

Deben tener una entrada precedida por dos antesalas sucesivas, para evitar la contaminación del ambiente quirúrgico, para anestesia, etc., como lo aconseja Gudin.

Corresponderá construirlas con observatorios, siendo los más recomendables, los que tienen la observación a través de la cúpula o techo, desde arriba del campo operatorio, con amplificadores.

B. Tipificación

1) Personal:

A establecimientos similares, corresponderá por grupo, igual planta de personal.

A fin de unificar el personal técnico en cuanto a su escalafón se refiere, se establecerá:

a) la carrera médico hospitalaria de acuerdo a cada especialidad, creando la medicina de urgencia con su respectivo reglamento;

b) ficha de calificación para el personal técnico, subtécnico y auxiliar;

c) ficha de calificación para concurso. En esta ficha ha de calificarse:

1.° — Conceptos por adición de puntos, a saber:

Competencia.

Capacidad.

Consagración a las funciones e interpretación de las mismas dentro de la repartición y de acuerdo con las directivas de la Superioridad.

Rendimiento.

Condiciones personales.

2.° — Conceptos que han de tenerse en cuenta para la substracción de puntos:

Apercibimientos.
Suspensiones.
Embargos no justificados.
Concursos civiles.
Inhibiciones.

Sanciones de la justicia.

d) en cuanto al conjunto de personal, se propenderá a unificar el tipo de guardapolvo o uniforme, según la función que desempeña, en forma tal que, por su indumentaria, pueda reconocerse la función a que está afectado.

2) Arsenal quirúrgico y sanitario:

El antieconómico y anacrónico sistema actual de aprovisionamiento quirúrgico y sanitario de los establecimientos, deberá ser sustituído por la creación de una planta industrial depediente de la Secretaría, que provea de todo el material que sus servicios requieren.

Su creación se traducirá en: economía, eficiencia, rapidez y unidad en la formación de equipos.

Un depósito central, ubicado en la Capital Federal, redistribuirá a otros cuatro situados convenientemente en el interior del país, los diversos elementos de modo que la dotación de éstos esté siempre completa, los cuales directamente o por intermedio de los subdepósitos, harán llegar sin dilación los elementos que desde los distintos servicios les son requeridos.

3) Documentación clínica:

Cada establecimiento tendrá, además de una biblioteca, un archivo central de todas las historias clínicas, radiografías, electrocardiogramas, etc., de todos los enfermos que se hayan asistido.

Estarán clasificados por diagnósticos etiológicos, patogénicos y formas clínicas, radiológicas, electro, fono y flebográficos, anátomo-patológicos, causas de muerte, por nacionalidad, procedencia, etc. Además estarán consignados los diferentes tratamientos médicos quirúrgicos, con los resultados alcanzados.

4) Nomenclatura de las enfermedades:

Es indispensable una misma designación de las enfermedades , para tener el beneficio de los estudios estadísticos, imponiéndose una nomenclatura y criterio para el diagnóstico de las enfermedades y causas de muerte.

A tal efecto puede adoptarse la aconsejada por la Comisión Honoraria para el estudio de los documentos sanitarios y no-

menclatura de causas de morbilidad (designada por la Dirección Nacional de Salud Pública), la que recomendó la clase diagnóstica para la clasificación en columna (Tabulación) de las causas de morbilidad de los Dres. Thomas Parran y William H. Austin.

5) De las estadísticas:

En base a la clasificación de las enfermedades y causas de morbilidad, como se establece en los subcapítulos anteriores, se unificarán los archivos y estadísticas. Para el desarrollo de este importantísimo capítulo y con vistas a su uniformidad, débense unificar criterios con la sección Bioestadística y Geografía Médico Social.

ORGANIZACIÓN DE LOS LABORATORIOS EN LOS HOSPITALES

La jerarquía que el laboratorio ha adquirido para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los enfermos impone que dentro de la organización hospitalaria se le asigne el verdadero lugar que por su importancia merece.

En ningún establecimiento hospitalario, por pequeño que éste sea, debe faltar un laboratorio cuya capacidad deberá estar relacionada con el número de enfermos del internado y de los concurrentes al consultorio externo.

Es más, cuanto mayor sea el alejamiento y la incomunicación del hospital con los grandes centros, más perentoria por la necesaria, se vuelve la razón de su existencia.

Lo exiguo de un servicio y la pequeñez de su esfera de atracción, no deberán ser motivos para excusar la falta de su laboratorio análisis el que si bien deberá ser de reducidas proporciones podrá suplir la falta de personal especializado recurriendo a las técnicas rápidas y simples del micro-diagnóstico que servirá por lo menos como base de orientación diagnóstica.

Esta situación de los pequeños servicios puede, además, verse favorecida con personal que sin tener título universitario, puede adquirir conocimientos en centros especializados, siguiendo cursos de ayudantes de laboratorio, convirtiéndose así en eficaces colaboradores del médico que está al frente del servicio.

En los establecimientos de importancia, deberán existir técnicos altamente especializados auxiliados en su tarea por personal que haya seguido los cursos antes mencionados.

Respecto a la importancia y de acuerdo al número de camas del hospital, los laboratorios y análisis clínicos se dividirán en cuatro categorías, a saber:

1.ª Categoria. — Que corresponde al laboratorio de un gran Hospital Urbano, es decir, de 1.000 camas, calculándose, su labor de 250 análisis diarios.

2.ª CATEGORIA. — Correspondiente al laboratorio de un hospital Regional, es decir 250 a 500 camas calculándose su labor en 120 análisis diarios.

3.ª CATEGORIA. — Correspondiente al laboratorio de un hospital de Zona, es decir de 100 a 250 camas calculándose su labor en 60 análisis diarios.

4.ª CATEGORIA. — Correspondiente al laboratorio de un hospital local es decir, de 40 a 100 camas, calculándose su labor en 25 análisis diarios.

Los laboratorios de análisis tendrán la superficie y capacidad necesaria de acuerdo a su categoría y deben ser construídos de material, ser amplios con suficiente luz (natural o artificial) y ventilación necesaria para el desarrollo eficiente de sus delicadas actividaddes.

Su ubicación será perfectamente prevista en los planos de la arquitectura hospilataria y estratégicamente situados dentro del edificio.

Tendrán anexo al laboratorio una sección para animales de experimentación la cual estará de acuerdo a la calidad de análisis que se realicen, teniendo en los hospitales de tuberculosos una cantidad de jaulas y cobayos que permitan inocular el mayor número de animales en los casos de diagnóstico dudoso.

Cada grupo de establecimientos similares deberá poseer un laboratorio cuya dotación será fija en lo referente a material, instrumental y drogas; pero tomando en cuenta las características de la patología regional en los lugares donde existen enfermedades endémicas como paludismo, fiebre de malta, anquilostomiasis, etc.

En estos casos, se tratará de facilitar su tarea proveyéndole de los reactivos y elementos convenientes, buscando además que su acción esté coordinada con la de los laboratorios especializados y centros de investigación.

Uu laboratorio de primera categoría deberá disponer para llenar su función de una manera eficaz, de los siguientes locales:

a) DESPACHO DEL JEFE:, que se tratará esté ubicado dentro del salón de trabajo del personal para así poder observar y controlar con más eficacia la labor de sus empleados.
Estarán a cargo del jefe la dirección, el contralor técnico y administrativo, el perfeccionamiento y los trabajos de investigación especial del laboratorio.

b) UNA SECCIÓN MICROBIOLÓGICA, dirigida por un médico laboratorista o un bacteriólogo, la cual se dividirá en dos sub-secciones (parasitología y bacteriología) en los que se realizarán los análisis correspondientes a estas dos es-

pecialidades, y además de la preparación de medios de cultivo hará las inoculaciones etc., y estarán atendidas por un idóneo o auxiliar especializado, bajo el control directo del médico laboratorista o bacteriólogo encargado de la sección.

c) UNA SECCIÓN QUÍMICA, dirigida por un bioquímico que estará encargado de la ejecución de exámenes químicos especiales; calcio colesterina, ácido úrico, bilirulina, etc., ayudado por un idóneo, que será el encargado de preparar las tareas del jefe de la sección y la redacción de de los informes correspondientes, y una sub-sección química general a cuyo frente estará un bioquímico que contará con la colaboración de tres idóneos o auxiliares que realizarán los análisis de orina, dosaje de urea y glucosa en sangre y prepararán las soluciones y reactivos para uso de la sub-sección bajo el control del jefe inmediato.

d) UNA SECCIÓN HEMATOSEROLÓGICAS, a cargo de un médico cuya función específica es de contralor y preparación de antígenos, titulación, contralor directo de serología, líquido cefalorraquídeo, curvas coloidales, etc. y tendrá dos ayudantes idóneos que serán los preparadores de las tareas del jefe y encargado de redactar los informes; con una sub-sección hermatología y citología con un médico encargado cuya función es la de la observación de fórmulas leucocitarias, de interés especial leucemias, anemias, etc., recuento de plaquetas, reticulocitos, grupos sanguíneos, tiempo de pro-trombina, resistencia globular etc.; secundado por dos idóneos o auxiliares que se encargarán de los recuentos globulares, fórmulas leucocitarias etc., y la redacción de los protocolos.

e) UNA SECCIÓN ESTERILIZACIÓN. La sección esterilización contará con el personal capacitado y suficiente para poder realizar eficientemente las funciones encomendadas.

f) DEPÓSITOS DE DROGAS Y APARATOS. Contará el laboratorio con un depósito general de drogas y aparatos a cargo de un empleado administrativo cuya función es la de llevar el contralor de todo el material que se encuentra en el laboratorio y distribuir el que llega al depósito para lo cual llevará un fichero con la entrada, salida y baja de todo el material con especificación de su destino; además será encargado de confeccionar las planillas de estadística del trabajo diario, mensual y anual del laboratorio, para el cual anotará en planillas por secciones el trabajo realizado.

g) MESA DE ENTRADAS Y SALIDAS. Se encargará de la recepción del material para análisis el cual distribuirá a sus respectivas secciones, entregará los protocolos de resultado y hará las indicaciones para la resolución de las muestras.

Además de estos locales contará con una sección para extracción de material.

En los exámenes de rutina, se deberá buscar la mejor manera de uniformar su técnica siendo conveniente para lograrlo eficientemente, recurrir a los centros de investigación química, biológica etc., para que den las formas adecuadas.

Todos los laboratorios llevarán libros uniformes y los protocolos se harán por duplicado quedando una copia de cada uno de los trabajos realizados y de los análisis y exámenes efectuados.

Las horas de trabajo en los laboratorios serán las mismas que designe la Secretaría de Salud Pública de la Nación, a todos los establecimientos, pudiendo habilitarse horas extraordinarias siempre que el servicio lo exija.

En los laboratorios de primera y segunda categoría sólo podrán ser jefes los médicos laboratoristas, pudiendo ser en los de tercera y cuarta categoría médicos laboratoristas o bioquímicos indistintamente.

Los análisis para fines médicos practicados en los laboratorios, serán hechos exclusivamente para enfermos atendidos en los establecimientos de la Secretaría de Salud Pública, y pedidos por los jefes de servicios o los médicos que hubieren sido autorizados, para lo cual se llevará un libro de firmas.

PLANTA INDUSTRIAL DE INSTRUMENTAL Y MATERIAL SANITARIO

Uno de los más serios problemas a que se ha visto abocada en todo momento la organización sanitaria del país ha sido siempre la provisión de los equipos e instrumental de los establecimientos hospitalarios.

La guerra aumentó un sinnúmero de problemas en nuestro país, que trajo aparejado el de la instalación de equipos radiológicos, fisioterápicos, electromédicos, en general, con el agravante de que no se consiguió en ciertas oportunidades reemplazar piezas vitales de los mismos por carencia de repuestos o de instalaciones para su reacondicionamiento.

Además, y a mayor abundamiento, el complicado y engorroso sistema administrativo actual con su ley de contabilidad, hace que cualquier gasto que ocasione la reparación de un equipo sufra el

lento proceso «del expediente» con su correspondiente licitación, dándose el caso de que un equipo radiológico al que se le ha quemado o deteriorado un tubo u otra parte vital, tenga que dejar de funcionar a veces hasta un año a la espera de la compra del repuesto.

La habilitación de nuevos establecimientos en una cantidad considerable, como resultado del ritmo impreso a la marcha de la Secretaría de Salud Pública, ha agudizado extraordinariamente el problema por las importantes compras de material sanitario que se efectúa y se efectuarán en lo sucesivo.

Además, es evidente que la obra que encara el Plan Quinquenal de Salud Pública, no podrá llevarse a buen término si no cuenta con los elementos en cantidad y calidad suficiente como para poner en funcionamiento las unidades proyectadas.

Es por esta razón que la Secretaría de Salud Pública de la Nación ha encarado la creación de una planta nacional de instrumental, con el objeto de producir en él todos los elementos indispensables para poder equipar los establecimientos que se habiliten.

Para ello, y teniendo en cuenta que entre los establecimientos que se encuentran bajo la dependencia de la Junta de Vigilancia y Disposición Final de la Propiedad Enemiga, se halla el consorcio denominado «Inag Siemens», productora en gran escala de material sanitario, se ha pensado en su nacionalización con el objeto de incorporarla como base de la futura planta nacional de instrumental.

Tres serían los objetivos que se llevarán a cabo al efectuar tan importante adquisición.

1.° — Fabricación de elementos para la habilitación de los hospitales.

2.° — Reacondicionamiento y arreglo de los ya existentes con un gran ahorro de tiempo y dinero.

3.° — Mantenimiento en menor escala de la faz comercial de venta libre al público servirá como regulador de precio.

La planta nacional de instrumental esquemáticamente debe ser planeada teniendo en cuenta la creación de una dirección que se podría orientar con dos objetivos: uno, el destinado a la fabricación y reacondicionamiento de equipos con los cuales se abastecería Salud Pública y, otro el de venta que podría dividirse en dos categorías: 1a.) a precio de costo para todos los demás organismos estatales que además de la Secretaría de Salud Pública se ocupen de la atención de la salud de la población (otros ministerios,

direcciones generales de higiene de provincia, mutualidades, etc.) y 2.°, venta al público, comprendiendo también a entidades médicas, a precios moderados y que servirá para regular la plaza.

En caso de que razones de fuerza mayor impidiesen la realización de lo proyectado, con respecto a la compra de la «Inag Siemens», esta Secretaría de Salud Pública encararía por su cuenta la creación de la Planta Nacional de Instrumental de inmensa utilidad no solamente en la esfera de nuestra atingencia, sino también puede y debe considerarse de beneficio para la Defensa Nacional.

A— CONSTRUCCIÓN DEL DEPÓSITO CENTRAL Y DROGUERÍA CENTRAL

Dentro de la vasta organización estatal para la defensa de la salud, otro de los problemas que deben ser seriamente previstos, es el de regular el abastecimiento en todos los servicios.

Es entonces indispensable, dentro de la estructuración de esta Secretaría, organizar eficientemente el servicio de suministros, pues de nada servirían magníficos hospitales, si a ellos no llegan con toda regularidad y en la cantidad necesaria, los elementos (drogas, medicamentos, etc.) que el caso y consumo requiera.

La antigua Dirección Nacional de Salud Pública (ex Departamento Nacional de Higiene) no cuenta en la actualidad más que con algunos locales absolutamente inadecuados e insuficientes, que hacen las veces de depósitos y en los cuales no existen instalaciones en cuanto a conservación, etc.

Se hace entonces imprescindible abocarse a la construcción de un gran depósito central de drogas, medicamentos, equipos, en el cual pueda haber un stock permanente, perfectamente inventariado y almacenado que ponga a la repartición a cubierto de cualquier contingencia.

Este depósito central, que desde luego deberá tener las más modernas comodidades para el acondicionamiento del material, tendrá que contar, además, de acuerdo con las exigencias actuales, con correspondientes instalaciones subterráneas a pruebas de bombas.

A continuación se bosqueja la creación de la:

Dirección de Materiales, Parques Sanitarios y Abastecimientos, como así también de Depósitos Regionales

1.° — CONSIDERACIONES GENERALES

La atención directa de la salud del pueblo, constituye una de las misiones más importantes de la Secretaría de Salud Pública; los problemas que tal aspecto plantean deben ser resueltos —en casi su totalidad— por esa Secretaría de Estado.

En consecuencia, para que un organismo de tal importancia, sea un elemento útil a la sociedad cumpliendo eficientemente su misión, es absolutamente indispensable que esté inteligentemente organizado sobre bases científicas y racionales, producto de un bien meditado estudio.

La Secretaría de Salud Pública de la Nación tiene jurisdicción sobre todos los hospitales, dispensarios y demás organismos afines diseminados en todo el país; aparte de todos los problemas técnicos debe entender en un aspecto trascendental por los muchos millones que inciden sobre la economía nacional: el abastecimiento de todos los elementos y materiales sanitarios, muebles, vestuario y equipos de todo orden, que demandan las necesidades de todos y cada uno de los nosocomios mencionados.

Ese abastecimiento que comprende todas las provisiones necesarias, como asimismo las evacuaciones de los elementos que significan un impedimento para un buen funcionamiento, con sus secuelas, de control, previsiones, mantenimiento, etc., etc., crean una serie de problemas que es necesario resolver en forma práctica e integral, para agilizar el trámite y abreviar las operaciones inherentes al abastecimiento.

Por todo lo expuesto surge la conveniencia de centralizar todas las actividades mencionadas en un solo organismo, con lo cual se aseguran las siguientes ventajas:

—Oportunidad, rapidez y seguridad en el abastecimiento.

—Eliminación absoluta de la rigidez y rutina burocráticas, amoldando el abastecimiento de acuerdo a las necesidades de las distintas zonas, al mismo tiempo que contar con la capacidad necesaria para hacer frente a situaciones imprevistas.

—Ejercer su minucioso contralor en las provisiones y en el mantenimiento de los distintos elementos en salvaguardia de los intereses del país.

—Economía en las adquisiciones que en este caso serían efectuadas de acuerdo a la necesidad general eliminándose las compras regionales.

—Seguridad en los envíos, los cuales serían hechos en las mejores condiciones y por las vías y medios más adecuados.

—Contar con un organismo capacitado para tener al día todos los datos estadísticos, base segura para la regulación de todas las actividades.

—Uniformidad en los elementos a adquirir, lo cual facilitaría la adquisición y provisión de repuestos.

Los fundamentos mencionados justifican e imponen la creación de la «Dirección de Materiales Parques Sanitarios y Abastecimientos» que dependiendo directamente de la «Dirección General de Hospitales» de la Secretaría de Salud Pública, resolverá satisfactoriamente los importantes y delicados problemas que el abastecimiento plantea a dicha Secretaría de Estado.

2.º — ORGANIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN

Ver Anexo N.º 1

3.º — MISIÓN DE CADA UNO DE LOS ORGANISMOS

I. — A. — DIRECCIÓN: Orientará, dirigirá y supervisará todas las actividades a que da lugar el abastecimiento, impartiendo las disposiciones tendientes a regular el mismo.

B. — SECRETARÍA Y MESA DE ENTRADAS GENERAL: Ejercerá las funciones propias de secretaría, recepción y trámite de todos los expedientes a tramitar.

C — DEPARTAMENTO TÉCNICO: Estudio y asesoramiento en los problemas referentes a: adquisiciones, previsiones de elementos técnicos, vestuario y equipo. Dotaciones y estadística. Ejecución de proyectos, planos, para elevar a consideración y aprobación del Director General de Hospitales.

II. — A. — I. DIVISIÓN: Entenderá exclusivamente en todo lo relativo al abastecimiento de elementos y material sanitario. En base a las directivas del director orientará y regulará el trabajo y actividades de sus respectivas secciones.

B. — 1A. SECCIÓN: Trámite y abastecimiento. Dividida en 2 oficinas o mesas, atenderá todo lo relativo a:

—Trámite de los expedientes de la División.

—Solicitudes de provisiones y bajas de elementos y materiales.

—Elaborará el pedido anual del depósito central.

C. — 2A. SECCIÓN: Cargos. Dividida en 2 oficinas o mesas atenderá todo lo relativo a:

—Aprobación y revisión de inventarios.

—Contralor de la documentación de entrada de la oficina o mesa N.º 1. Recepción del depósito central.

D. — 3A. SECCIÓN: Laboratorio. Dividida en 2 oficinas o mesas, atenderá todo lo relativo a:

—Análisis y verificación de los elementos adquiridos.

—Fiscalización de las preparaciones efectuadas en el mismo laboratorio.

E. — 4A. SECCIÓN: Depósito. Dividida en 17 oficinas o mesas, atenderá todo lo relativo a:

—Asegurar y facilitar el abastecimiento.

—Confeccionar el pedido anual.

—Recepción de materiales adquiridos.

—Confección de los partes de entrada.

—Recepción de los elementos devueltos por las dependencias.

—Recuperación total o parcial de los mismos.

—Contabilización de las entradas y salidas.

—Remisión de los pedidos.

F. — 5A. SECCIÓN: Depósitos regionales. Es indudable que el abastecimiento debe ser efectuado en tiempo oportuno, cualquiera sean las circunstancias que incidan sobre el mismo. Es una medida de elemental previsión adoptar oportunamente todas las disposiciones correspondientes para desarrollar las actividades en las condiciones más favorables.

El establecimiento de 4 depósitos regionales, estratégicamente ubicados, con instalaciones adecuadas para afrontar las exigencias que impone la guerra moderna, tendría las siguientes ventajas:

—En plazo breve, efectuar las provisiones, segura y directamente, a los organismos dependientes, a tal efecto.

—Evitar largos recorridos y eliminar la utilización de medios de transporte con los cuales es probable que no se pueda contar por razones de defensa nacional.

—Reducir al mínimo las posibilidades de interrupciones en el abastecimiento en períodos críticos.

—Fortalecer la moral de la población civil por la comprobación efectiva de que la asistencia so-

cial funciona regular y normalmentente en épocas que pueden ser singularmente desfavorables.

La 5a. Sección Dividida en 10 oficinas o mesas tendrá una organización y funciones similares a las prescriptas para la 4a. Sección. Depósito Central.

G. — 6A. SECCIÓN: Previsiones; atenderá todo lo relativo a:

—Centralizar las necesidades en lo que a elementos y materiales sanitarios se refiere, formulando previo estudio, los proyectos correspondientes.

—Estudio en detalle de las modificaciones, creación o supresión de organismos, considerando todos los problemas a resolver con la suficiente anticipación para su mejor solución.

III. — A. — II. DIVISIÓN: Entenderá exclusivamente en todo lo relativo al abastecimiento de muebles. En base a las directivas del director contará y regulará el trabajo y actividades de sus respectivas secciones.

B. — 1A. — SECCIÓN: Control y trámites. Dividida en 3 oficinas o mesas. Atenderá todo lo relativo a:

—Trámite de los expedientes de la división.

—Ordenes de trabajo, reparación, provisión y recepción de muebles.

—Mantener al día los registros de pedidos.

—Recepción de rezagos, clasificación para su recuperación total o parcial o bien para su baja.

C. — 2A. SECCIÓN: Técnica e inspectores. Dividida en 3 oficinas o mesas atenderá todo lo relativo a:

—Documentación técnica para la construción muebles.

—Confección de presupuestos.

—Mantener al día el archivo de planos tipos y documentación conexa.

—Confección de planos y proyectos.

—Mantenimiento al día del estado de las construcciones encomendadas.

—Cumplimiento de los contratos, verificación y control.

—Vigilancia y contralor de las distintas etapas de construcción. Materiales empleados; plazos de entrega.

D. — 3A. — SECCIÓN: Cargos y depósitos. Dividida en 2 oficinas o mesas, atenderá a:

—Confección de los inventarios.

—Verificación y control de los cargos que mantienen diversos organismos.

—Aprobación de los cargos. Movimientos como consecuencia de transferencias, bajas, altas, etc.

—Mantenimiento de los registros de cargos.

—Recepción de los envíos de muebles de las fábricas y de los organismos en que han estado en uso.

—Control de que los envíos se ajusten a las órdenes de provisión.

—Confección de guías y cartas de porte.

—Confección del parte diario del movimiento de vehículos.

IV. — A. — III DIVISIÓN: Entenderá exclusivamente en todo lo relativo al abastecimiento de vestuario y equipo. En base a las directivas del director orientará y regulará el trabajo y actividades de sus respectivas secciones.

B. — 1A. SECCIÓN: Ordenes y existencias. Dividida en tantas oficinas o mesas como agrupaciones de dependencias a proveer se formen, atenderá a:

—Ordenes de provisión y de descargos.

—Contralor de bajas y de inventario.

—Provisión de víveres.

C. — 2A. SECCIÓN: Previsiones y planes. Dividida en 3 oficinas o mesas atenderá a:

—Confección de órdenes de compra.

—Exigencias y condiciones a satisfacer.

—Libros y documentación referente a existencias.

—Mantenimiento de cargos.

—Confección de los proyectos y planes de acuerdo a las necesidades de las distintas dependencias.

—Previsiones sobre necesidades que demandara la creación de nuevos organismos, ampliación de los existentes.

D. — 3A. SECCIÓN Depósito. Dividida en 6 oficinas o mesas atenderá a:

—Contralor de las mercaderías en lo referente a cantidad de acuerdo a las exigencias establecidas en las órdenes de compra, contratos, etc.

—Entrega de las boletas de recepción a las casas proveedoras previa conformidad de las secciones correspondientes.

—Cumplimiento de las condiciones impuestas en las órdenes de compra.

—Confeccionar las relaciones de provisión de vestuario.

—Contralor y verificación de la entrada y salida de elementos. Documentación correspondiente. Libros, etc. en lo referente a vestuario y equipo.

—Confección de útiles de oficina y librería, máquinas, papeles, formularios, etc.

—Recepción de los rezagos, clasificación para recuperación total o parcial, o bien baja y venta.

—Acondicionamiento y mantenimiento de todos los elementos en depósito. Medidas y providencias a adoptar. Servicio de incendio.

—Expedición y empaque de los elementos conforme a las órdenes de provisión. Contralor de los bultos enviados y recibidos. Rotulado. Medidas de seguridad para evitar pérdidas. Ordenes de transporte y guía.

—Registro de movimiento de vehículos.

SUBDEPÓSITOS

Por fin, en los grandes establecimientos de Salud Pública, al construirse, deberá preverse la instalación de los denominados subdepósitos que atenderán no solamente las necesidades del establecimiento, sino también el radio de influencia del mismo, contituído por las unidades sanitarias de menor volumen subsidiarias cercanas o con medios directos de comunicación con el mismo.

En esta forma, cree la Secretaría de Salud Pública de la Nación que se podrá resolver eficientemente un problema tan serio como lo es el de los abastecimientos y suministros, problema de tan vital importancia que ha sido considerado de primer orden tanto en el medio civil como en el militar.

ASISTENCIA MEDICA DEL DELTA

El Delta comprende cuatro secciones de la provincia de Buenos Aires y siete secciones de la provincia de Entre Ríos, en las cuales están enclavadas las ciudades de Tigre, San Fernando, Campana y Zárate.

Actualmente la región isleña cuenta con los siguientes servicios:

Hospitales en San Fernando, Tigre, Campana y Zárate.
Sala de Primeros Auxilios en Río Carabelas (Prov. de Bs. As.)
Sala de Primeros Auxilios del Canal Arana (Prov. de Bs. As.)
Sala de Primeros Auxilios del arroyo Merlo (Prov. de Entre Ríos).

Necesidades asistenciales del Delta

Instalación de servicios de urgencia en San Fernando, Tigre, Zárate y Campana con lanchas ambulancias y estaciones radiotelefónicas.

Ampliación de las salas de auxilios de Río Carabelas y Arroyo Merlo.

Creación de salas de primeros auxilios en los ríos Barca Grande, La Barquita y Paranacito.

Creación de un Hospital Regional en Río Paraná Miní, con 40 camas.

Creación de 28 estaciones radiotelefónicas con un alcance de 60 kilómetros y una central con alcance de 300 kilómetros, la cual estaría en comunicación con la red telefónica general de la estación de General Pacheco y con la estación de la Secretaría de Salud Pública de la Nación. Procúrase con este sistema de comunicación asegurar la asistencia médica de urgencia por medio de hidroaviones de la Aviación Sanitaria Nacional.

Creación de puestos estratégicos para lanchas automóviles ambulancias en San Fernando, Tigre, Campana, Zárate, Río Carabelas, Arroyo Merlo, Paranacito, Paraná Miní y Recreo Bressi.

Las salas de primeros auxilios en los Ríos Barca Grande y La Barquita y el Hospital Regional de Paraná Miní, podrán ser reemplazados por un buque hospital con 40 camas y todos los servicios indispensables para su funcionamiento, contando además con una lancha ambulancia y un servicio de radiotelefonía.

CAPITULO VI

LA ORGANIZACION DE LAS PROFESIONES MEDICAS

Dignificar la profesión en beneficio y seguridad del pueblo.

A la Secretaría de Salud Pública de la Nación, no sólo le corresponde velar por la conservación de la salud y tratamiento de las enfermedades de los habitantes del país, con la creación y sostenimiento de la organización asistencial a los fines de la medicina preventiva y curativa, sino que le incumbe la fundamental misión de regir las actividades de los profesionales y auxiliares de la medicina.

En este aspecto debe encarar el contralor de las profesiones desde el punto de vista estrictamente legal, es decir, establecer y aplicar las normas de Deontología Médica.

Como complemento de esta acción debe fijar y hacer cumplir además de las normas directivas que, no cayendo en el aspecto legal, corresponden a la ética o moral profesional.

Por último es también función de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, proponer las normas que leben regir a los profesionales, bajo el aspecto gremial y controlar posteriormente el debido cumplimiento de las mismas.

En los títulos correspondientes se desarrollarán las cuestiones pertinentes a tan fundamentales aspectos de la acción del Plan Quinquenal, cuya finalidad *es dignificar la profesión en beneficio y seguridad del pueblo.*

CONTRALOR DE LAS PROFESIONES

El ejercicio de las profesiones médicas, si bien tiene el carácter de liberal, debe sin embargo, para garantía de la salud pública y de los mismos profesionales, estar sujeto a leyes y reglamentos que lo condicionen y controlen.

Para tal efecto existen disposiciones pertinentes en el Código Penal (en particular el artículo 208), pero los alcances de las mismas se circunscriben a los limitados aspectos del ejerci-

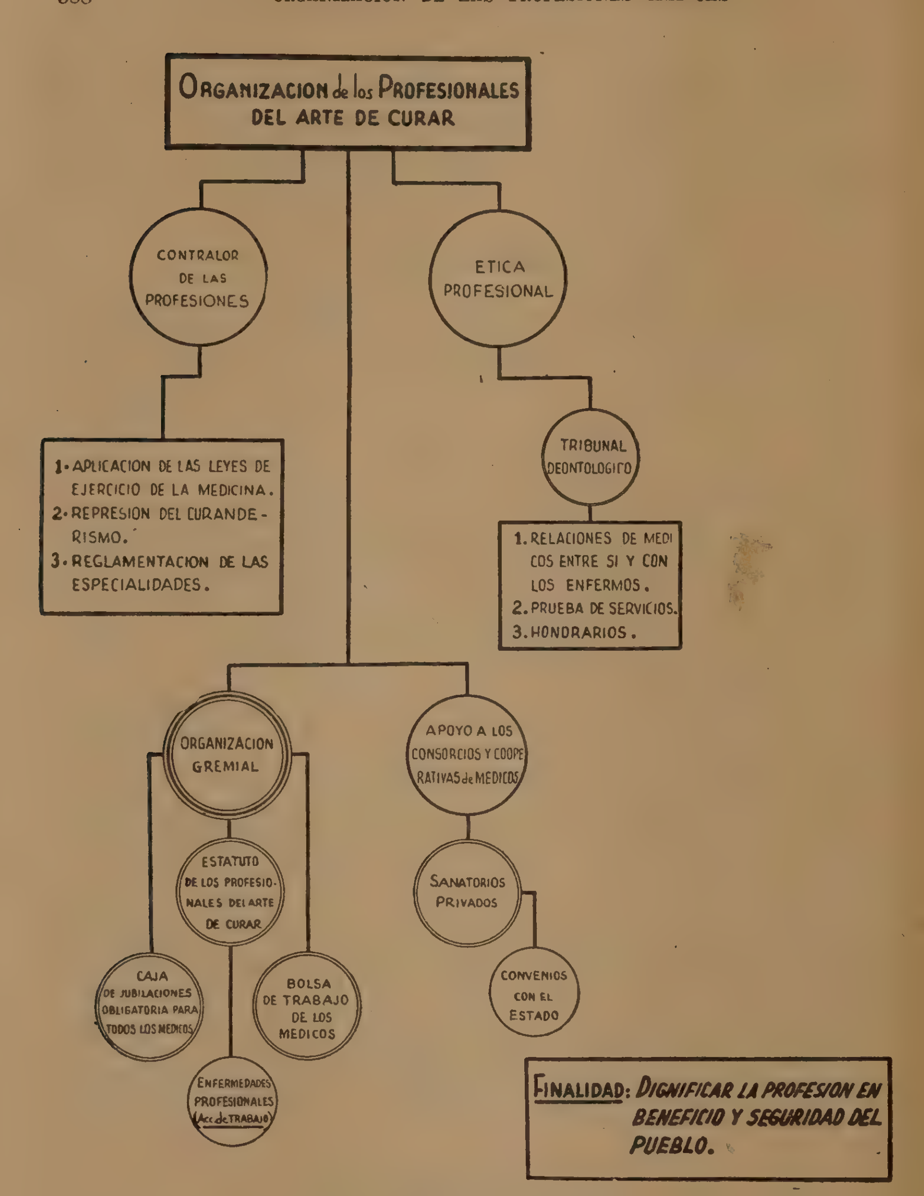

ORGANIZACION de los PROFESIONALES DEL ARTE DE CURAR
CONTRALOR DE LAS PROFESIONES
ETICA PROFESIONAL
1• APLICACION DE LAS LEYES DE EJERCICIO DE LA MEDICINA.
2• REPRESION DEL CURANDERISMO.
3• REGLAMENTACION DE LAS ESPECIALIDADES.
TRIBUNAL DEONTOLOGICO
1. RELACIONES DE MEDICOS ENTRE SI Y CON LOS ENFERMOS.
2. PRUEBA DE SERVICIOS.
3. HONORARIOS.
ORGANIZACION GREMIAL
APOYO A LOS CONSORCIOS Y COOPERATIVAS de MEDICOS
ESTATUTO DE LOS PROFESIONALES DEL ARTE DE CURAR
SANATORIOS PRIVADOS
CAJA DE JUBILACIONES OBLIGATORIA PARA TODOS LOS MEDICOS
BOLSA DE TRABAJO DE LOS MEDICOS
CONVENIOS CON EL ESTADO
ENFERMEDADES PROFESIONALES (Acc. de TRABAJO)
FINALIDAD: DIGNIFICAR LA PROFESION EN BENEFICIO Y SEGURIDAD DEL PUEBLO.

Figura N.º 29

cio ilegal. Los múltiples y complejos problemas de las actividades de los profesionales y auxiliares de la medicina, tanto individual como colectivamente, imponen la necesidad de la sanción de una ley sobre ejercicio de las profesiones médicas y ramas auxiliares, que se adapte a las actuales condiciones de dichas actividades, sobre las bases de otorgar a la atención de la salud pública las máximas garantías de idoneidad y corrección, y amparar a los profesionales y auxiliares, legalmente autorizados, en sus derechos para el mejor ejercicio de sus funciones.

La Secretaría de Salud Pública de la Nación, será el organismo encargado de autorizar el ejercicio de la medicina y profesiones conexas y ramas auxiliares, en base a la matriculación obligatoria, matrícula que será concedida a los profesionales y auxiliares que acrediten con la inscripción del título o certificado correspondiente, estar en condiciones legales para ejercer.

Para los profesionales: Médicos, odontólogos, doctores en bioquímica, farmaceúticos y obstétricas, serán de aplicación disposiciones legales ya existentes, que exigen títulos otorgados, revalidados o habilitados por Universidades Nacionales. A los profesionales extranjeros de prestigio reconocido, que estuvieran en tránsito en el país, la Secretaría de Salud Pública de la Nación, podrá autorizarlo por un lapso precario e improrrogable, para atender consultas de pacientes en su especialidad y únicamente a requerimiento de profesionales matriculados en el país. El mismo profesional no podrá beneficiarse con una nueva habilitación, sino después de transcurrido un plazo no menor de cinco años. Las personas que tengan título otorgado por universidades extranjeras y hayan sido contratadas por el Poder Ejecutivo de la Nación o por Universidades Nacionales, sólo podrán ejercer sus actividades profesionales durante el tiempo que dure el contrato y únicamente en la especialidad objeto del mismo.

Existiendo actualmente en el país profesionales extranjeros, no revalidados ni habilitados por Universidades Nacionales, que han sido anteriormente autorizados a ejercer, se limitará su actividad a las localidades donde no hubiere radicado médico nacional, pero no se otorgarán en adelante autorizaciones a nuevos profesionales extranjeros, en las condiciones especificadas.

Las precedentes disposiciones sobre profesionales extranjeros, tienen por fundamento la protección de los derechos de los diplomados nacionales que, a su vez, están inhabilitados para ejercer en el extranjero, en virtud de las leyes vigentes en todos los demás paises, a excepción de las Repúblicas del Paraguay, Bolivia, Uruguay, Perú y Colombia, con las cuales se mantendrán los acuerdos vigentes de reciprocidad.

Para los auxiliares de la medicina: kinesiólogos, visitadores de higiene, dietistas, ópticos-técnicos, técnicos en aparatos ortopédicos,

ayudantes transfusionistas, vacunadores, enfermeros o nurses, pedicuros mecánicos dentales, será de exigencia, a los fines de la matriculación en la Secretaría de Salud Pública de la Nación, la inscripción del diploma o certificado habilitante expedido por escuelas dependientes de Universidades Nacionales o autorizadas por la mencionada Secretaría, la que en los casos de no existir las escuelas correspondientes a algunas de las ramas auxiliares, propenderá al establecimiento de las mismas, y provisionalmente otorgará los certificados habilitantes a los que acrediten la debida idoneidad.

Por otra parte, la Secretaría de Salud Pública de la Nación, reconocerá nuevas ramas auxiliares de la medicina, cuando la evolución y necesidades de dicho ejercicio lo justifiquen y procederá a su reglamentación.

Se fijarán en forma concreta, en la legislación a dictarse, los alcances del ejercicio de cada una de las profesiones y ramas auxiliares de la medicina, en previsión de que los profesionales y auxiliares no excedan los límites de su autorización e interfieran en actividades que no les correspondan.

Se facilitará la actuación en público de todos los profesionales y auxiliares matriculados, sobre la base del otorgamiento del carnet correspondiente por la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

La matriculación obligatoria permitirá la posesión de un fichero completo, debidamente clasificado de todos los profesionales y auxiliares de la medicina, con los datos relativos a identidad, domicilio, especialización, antecedentes de su actuación y especialmente la forma actual de prestación de sus servicios.

Es innecesario destacar los beneficios que reportará a la atención de la salud pública y a la organización de los servicios médicos, el procedimiento indicado, el que va complementado por el control de la Secretaría de Salud Pública de la Nación de todo establecimiento asistencial del Estado o privado en jurisdicción nacional. Dicha fiscalización se hará sobre la base de que todo local asistencial, desde el consultorio médico hasta los policlínicos de asistencia integral, deberá estar habilitado e inscripto en dicha Secretaría, con las debidas constancias de sus instalaciones, índole de los servicios que prestan y nómina del personal técnico con que cuentan.

Se propenderá a que las precedentes disposiciones, ya en gran parte en ejecución en jurisdicción nacional, se hagan extensivas a todo el territorio de la Nación, en virtud de la innegable conveniencia de la unificación de todo lo atingente a la atención de la salubridad pública.

Se fijarán, con fuerza de ley, las incompatibilidades y prohibiciones para el ejercicio profesional, que imponen fundamentales

razones de orden ético, como ser, el ejercicio simultáneo de la medicina y de la farmacia, y las asociaciones de médicos y otros profesionales, en su actuación individual, con farmacias, laboratorios de especialidades medicinales, casas de óptica y de ortopedia u otros negocios vinculados a la medicina, a los fines de impedir todo beneficio clandestino a expensas de la salud pública.

Se dictarán disposiciones que garanticen a los profesionales el exclusivo beneficio económico, en cualquier forma de prestación de sus servicios de carácter médico, evitando que capitales ajenos a dichos profesionales, lucren a sus expensas. A tales fines se propenderá para que los establecimientos asistenciales privados pasen a ser de propiedad exclusiva de los profesionales, y no se consentirá, en lo pertinente al ejercicio de las profesiones médicas, la asociación o relación de dependencia de los profesionales con personas no autorizadas para ejercerlas, salvo los casos especiales justificados por el cumplimiento de fines de asistencia social o en entidades de carácter mutual, que acrediten fehacientemente no perseguir fines de lucro.

Incluiránse disposiciones sobre funcionamiento de los laboratorios, de análisis clínicos y anatomo-patológicos, con la debida especificación de los diplomados que podrán desempeñar estas actividades, en base a títulos universitarios que signifiquen haber cursado todos las disciplinas inherentes a la práctica de dichos análisis.

Se fijarán las normas a que deberán ajustarse los establecimientos y organizaciones privadas de asistencia médica, de manera que la prestación de servicios que ofrezcan al público, sea real y efectiva, exigiéndose que cuenten con las instalaciones y equipos de material e instrumental necesarios para la práctica integral de las especialidades a que se dediquen.

Como medidas de medicina preventiva, se dictarán disposiciones que prohiban a los profesionales y auxiliares el ejercicio de sus actividades, mientras padezcan enfermedades infecto-contagiosas, como así también se autorizará a la Secretaría de Salud Pública de la Nación, a suspender o cancelar la matrícula de los profesionales y auxiliares afectados de alienación, alcoholismo habitual o toxicomanías, previa comprobación de estas situaciones, en base al examen médico del causante, el que estará obligado a consentirlo.

APLICACION DE LAS LEYES DE EJERCICIO DE LA MEDICINA

La Secretaría de Salud Pública de la Nación será el organismo encargado de la aplicación de las leyes de ejercicio de la medicina.

Le corresponderá, como organismo técnico, redactar las reglamentaciones que sean pertinentes y necesarias sobre: establecimientos y organizaciones privadas de asistencia médica; laboratorios de

análisis clínicos y anatómo-patológicos; y sobre el ejercicio de las ramas auxiliares de la medicina, especialmente sobre aquellas que, por la índole de sus actividades, deben actuar bajo aspectos comerciales, como ser las casas y talleres de óptica y ortopedia.

A los fines del debido contralor de todas las actividades correspondientes al ejercicio de la medicina, profesiones conexas y ramas auxiliares, se establecerá que los inspectores o funcionarios autorizados por la Secretaría de Salud Pública de la Nación, tendrán facultades para practicar las correspondientes inspecciones en todos los locales en que se practiquen dichas actividades, durante las horas destinadas al ejercicio de las mismas. Los mencionados funcionarios podrán solicitar directamente el concurso de las autoridades policiales en el cumplimiento de sus funciones, cuando haya franca presunción de que se ha cometido o se está cometiendo una infracción. La negativa a la actuación de los funcionarios de la Secretaría de Salud Pública de la Nación por los propietarios, directores o encargados de los locales o establecimientos mencionados, hará pasibles a los propietarios y directores de las sanciones correspondientes.

A las infracciones a las leyes sobre ejercicio de las profesiones médicas y ramas auxiliares, corresponderán aplicar por la Secretaría de Salud Pública de la Nación, las pertinentes penalidades, siempre que no se trate de la comisión de delitos previstos por el Código Penal, en cuyo caso deberán plantearse las actuaciones ante la justicia en lo Criminal.

La mencionada Secretaría penará las infracciones de su competencia, con multas, clausura temporaria o definitiva del local donde actuaren las personas que hayan cometido la infracción, y con suspensión o cancelación de la matrícula, según la gravedad y reiteración de las infracciones. En todos los casos, se dará previa vista al interesado, a los fines de la exposición o alegación que entienda pertinente hacer.

Contra las resoluciones de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, que signifiquen la aplicación de las penalidades más severas: clausura de locales, suspensión o cancelación de la matrícula, y aun para las multas más elevadas, podrán interponerse los recursos de nulidad y apelación ante la justicia ordinaria.

REPRESIÓN DEL CURANDERISMO

El curanderismo es el delito en que incurren las personas que, sin estar legalmente autorizadas, ejercen cualquier actividad correspondiente a las profesiones médicas y sus ramas auxiliares. Es prácticamente la expresión más concreta del ejercicio ilegal de dichas actividades.

La represión del curanderismo está concretamente contemplada por el artículo 208 del Código Penal, en el Capítulo 4.°, deno-

minado "Delitos contra la salud pública". El mencionado artículo considera, además del delito de curanderismo, los de charlatanismo y de cesión de título o autorización.

En su inciso 1.° se refiere al curanderismo, y al definir el delito, lo hace extensivo a los que poseyendo autorización legal, exceden los límites de dicha autorización en sus actividades. Esta segunda forma de ejercicio ilegal, es la que más dificultades ha creado en la jurisprudencia criminal, por la falta de una legislación que fijara concretamente los alcances de las actividades de las distintas profesiones y ramas auxiliares de la medicina.

En las leyes proyectadas se deslindarán en forma concisa las atribuciones de cada una de las profesiones y ramas auxiliares inherentes a la medicina.

Además, a los fines de la mejor aplicación de las disposiciones del artículo 208 del Código Penal, se establecerán prescripciones concordantes y complementarias, como ser la de estar vedado a los profesionales el delegar funciones propias de su profesión en personas no habilitadas y la prohibición a médicos extranjeros, no revalidados o habilitados por Universidades Nacionales, de ejercer en cualquier establecimiento asistencial oficial o privado, haciendo además responsable a los directores de dichos establecimientos por tales situaciones y pasibles de la aplicación de las penalidades correspondientes.

Igualmente, los directores de los establecimientos asistenciales, serán responsables de que el personal profesional y auxiliar adscripto, sea debidamente autorizado y que desempeñe sus funciones dentro de los límites estrictos de su autorización.

Se incluirán disposiciones, que tendrán carácter preventivo, como ser la obligación para todo establecimiento donde se internen enfermos, de contar con servicio permanente de guardia desempeñado por médicos.

Con las prescripciones mencionadas se tornará eficaz la represión de las formas menos manifiestas del delito de curanderismo, las más difíciles hasta ahora de evitar y penar.

Para la actuación delictuosa del curandero empírico, el «naturalista», el «adivino» o el «espiritista», que configuran las formas más burdas del ejercicio ilegal, particularmente en las zonas rurales del país, cabe consignar que la elevación del nivel cultural de nuestro pueblo ha limitado grandemente dichas actividades. La distribución adecuada de los profesionales de la medicina en todo el territorio de la Nación, de acuerdo a otros aspectos del Plan Quinquenal, propenderá en no menor escala a desarraigar las prácticas ilegales, en muchos casos, si no justificadas, por lo menos explicadas, por la carencia, en ciertos lugares de nuestro país, de la atención médica más elemental.

REPRESION DE OTROS DELITOS DE EJERCICIO ILEGAL DE LA MEDICINA

El artículo 208 del Código Penal, prevé la comisión de otro delito, el de charlatanismo, en el que incurren los profesionales autorizados que anuncien o prometan la curación de enfermedades a término fijo o por medios secretos o infalibles. Para tales infracciones existe la penalidad correspondiente.

Pero hay otras formas de publicidad médica, contrarias a la ética e igualmente peligrosas para la salud pública, al ser ejercitadas inescrupulosamente, que no caen bajo las sanciones del Código Penal.

Para la represión de estos otros aspectos punibles de la propaganda médica, se establecerá que los profesionales y auxiliares de la medicina podrán anunciar únicamente, además de su nombre y apellido, domicilio y número telefónico: la profesión sin abreviaturas, títulos universitarios y cargos técnicos, verificados por la Secretaría de Salud Pública de la Nación, días y horas de consulta, y la especialidad a que se dediquen, de acuerdo a las disposiciones que se especificarán al tratar la «Reglamentación de las Especialidades». Para agregar cualquier otro anuncio, será indispensable requerir en cada caso la autorización previa del texto a la mencionada Secretaría.

Se prohibirán avisos de los profesionales que en su actividad individual fijen precios de consulta y tratamiento o bonificaciones de cualquier naturaleza,. que anuncien agentes terapéuticos o procedimientos ajenos a la enseñanza que se imparte en las Facultades de Ciencias Médicas del país. sin que esto importe restringir la práctica en establecimientos asistenciales o de investigación de nuevos procedimientos terapéuticos, sin fines de lucro y bajo el debido control de las autoridades del servicio correspondiente.

El delito de cesión de título o autorización, está también previsto en el mencionado artículo 208 del Código Penal, en el que se establecen las sanciones pertinentes.

Como medidas complementarias y acordes, se establecerá que todos los profesionales de la medicina deberán exhibir, en los locales en que actúen, sus títulos habilitantes, con las debidas constancias de matriculación, y en caso de actuar en más de un consultorio o establecimiento asistencial privado, deberán exhibir en estos las constancias autorizantes expedidas por la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

El artículo 247 del Código Penal, contempla el delito de usurpación de título.

Las medidas ya expresadas sobre publicidad de las profesiones médicas, que exigirán la verificación por la Secretaría de Salud Pública de la Nación, de los títulos universitarios y cargos técnicos que se anuncien, tendrán carácter preventivo sobre este delito, aparte de lo que corresponde al charlatanismo.

REGLAMENTACIÓN DE LAS ESPECIALIDADES

El alto grado de evolución de las ciencias médicas, ha creado la necesidad de la especialización de los profesionales , particularmente de los médicos, en las distintas disciplinas que abarcan en la actualidad los conocimientos médicos.

Debe ser preocupación del Estado, asegurar que los profesionales que actúen como especialistas, hayan realizado, además de los estudios generales correspondientes, los cursos y práctica que los acrediten como especializados.

A tal efecto se dictarán normas, exigiendo que para el uso del título de especialista, deberá acreditarse por los profesionales, ante la Secretaría de Salud Pública de la Nación, haber obtenido títulos o certificados, expedidos por Universidades Nacionales, después de haber seguido cursos de perfeccionamiento. En los demás casos, deberá recabarse la autorización pertinente, a la misma Secretaría, en base a la presentación de constancias que acrediten una antigüedad mínima de cinco años, en el ejercicio de la especialidad, en establecimientos oficiales o particulares especializados que se encuentren sujetos a la fiscalización de la mencionada Secretaría.

Por otra parte, la Secretaría de Salud Pública de la Nación, por medio de sus institutos técnicos, organizará cursos de especialización para graduados, en atención a las necesidades de la salubridad general e higiene pública.

La publicidad del ejercicio de las especialidades podrá hacerse únicamente enunciando el título de las materias correspondientes al plan de estudios de las Facultades de Medicina, de sus cursos de especialización para graduados y de las especialidades reconocidas por la reglamentación de la ley 12.262. Podrá reemplazarse la enunciación literal de los títulos de la especialidad por términos equivalentes accesibles al público, que reconozca la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

La Secretaría de Salud Pública de la Nación podrá reconocer otras especialidades y autorizar su publicidad cuando la índole de dicha disciplina lo justifique.

ETICA PROFESIONAL

Todo aquel que ha ejercido una de las profesiones médicas, y le ha dedicado la debida atención en su contacto con el dolor y sufrimiento de sus semejantes, habiendo puesto en ello toda su honradez, desinterés y saber, reconoce que justicieramente la práctica médica ha merecido el calificativo de sacerdocio.

Pero las dificultades que con la evolución del tiempo han ido creciendo y haciendo más difícil y hasta angustiosa a veces la ac-

tuación de los profesionales, en la lucha por una subsistencia honorable y decorosa, hacen que deba encararse en una forma real y efectiva la organización de la asistencia médica en todos los órdenes, ya sea del Estado, colectiva o privada, pues obligan al profesional, más que en ninguna época, a recurrir a su honradez y dignidad, para no violar las normas de la moral profesional.

Como para los profesionales, no puede existir sino una sola moral, aquella que practica todo hombre de bien, hace que no sea posible dictar leyes que la reglamenten y disciplinen, pero sí es necesario, como medio de armonización ética de los profesionales de la medicina, establecer normas, podría decirse directivas, para lo cual, tomando como base los preceptos ya aprobados por el Primer Congreso Médico Gremial Argentino de 1934, la Secretaría de Salud Pública de la Nación pondrá en vigencia el Código de Etica.

DEBERES DE LOS MÉDICOS

Por medio de este instrumento legal, se establecerán normas de actuación de las profesiones médicas, de tal forma que los profesionales se compenetren de que en el desempeño de su misión, deben prestar sus servicios atendiendo más a las dificultades y exigencias de la enfermedad que al rango social, o situación pecuniaria del paciente, debiendo en todos los casos respetar las creencias religiosas de sus enfermos sin hacer cuestión de raza, castas, clases, y ver solo en éllos enfermos.

DEBERES CON LA DIGNIDAD PROFESIONAL

Como profesionales, tienen el deber moral ante sus clientes de aconsejarlos cuando las afecciones fuesen motivadas por hábitos viciosos o transgresiones a la higiene y a la enmienda en bien de ellos y de la sociedad.

Si bien es cierto que las profesiones médicas invisten a quienes las poseen de ciertos privilegios e inmunidades, les impone al mismo tiempo el deber de ajustar sus actos a las reglas de la Deontología (den. deomos, lo conveniente o necesario, el deber; y logos, tratado o doctrina) que significa Tratado de los Deberes; siendo la «Deontología Médica» el conjunto de normas que debe seguir el médico en el ejercicio de su profesión, en sus relaciones con la sociedad, los poderes públicos, los enfermos y los colegas .

Consecuente con esto, el profesional debe ajustar su conducta a las normas más estrictas de la circunspección, de la probidad y del honor debiendo ser un hombre honrado en el ejercicio de su profesión, como en los demás actos de su vida, con pureza de costumbres y hábitos de templanza, pues sin un entendimiento claro y vigoroso, no puede desempeñarse acertadamente en las distintas y graves circunstancias que se le pueden presentar.

Debe ser correcto y respetuoso hacia sus colegas, a quienes no debe desplazar, ni pretender hacerlo, con ofrecimientos reñidos con la ética, ni perjudicarlos por cualquier otro medio; así tampoco se prestará para fomentar el industrialismo de la medicina, mediante falsos testimonios o certificados sobre la eficacia de una especialidad farmacéutica o procedimiento terapéutico.

DEL SECRETO PROFESIONAL EN GENERAL

El secreto profesional es un deber que nace de la esencia misma de la profesión. La seguridad de los enfermos, la tranquilidad pública, la honra de las familias, la respetabilidad del profesional y la dignidad de la ciencia médica exigen el secreto.

Todo facultativo tiene el deber de conservar como secreto, cuanto vea, oiga o descubra en el ejercicio de su profesión, por el carácter que inviste y no debe divulgarlo.

El secreto que recibe el profesional, ya sea explícito o implícito debido a sus relaciones con el paciente, es inviolable, con excepción de los casos considerados por las leyes como de denuncia obligatoria.

A los profesionales les está prohibido revelar el secreto profesional. La revelación es el acto de convertir el hecho del estado de secreto en el de conocido. No es necesario publicar el hecho, para que exista revelación, basta la confidencia a una persona aislada.

El secreto profesional es tan obligatorio, que revelarlo *sin justa causa*, causando o pudiendo ocasionar daños a terceros, es un delito por el artículo 156 del Código Penal.

DE LOS ANUNCIOS PROFESIONALES

El profesional debe tener también muy en cuenta, cuando ofrece sus servicios profesionales, hacerlo en forma que no sólo encuadren en las disposiciones previstas por la ley de las profesiones médicas y auxiliares, sino que sus anuncios no incurran en exageración de tamaño, caracteres llamativos, con inclusión de fotografías, ofreciendo servicios gratuitos, así como mencionar en conjunto las ramas de especialización, que forman parte del plan de estudios universitarios, ni menos valerse de la radiodifusión, de la pantalla cinematográfica, o lugares inadecuados para exhibirlos, por comprometer con ello la seriedad profesional.

DE LA DICOTOMIA

Algo que debe tener presente todo profesional, es combatir la convicción tan arraigada en el público de la partición de los honorarios. Para ello actuará en forma tan clara y limpia, que no pueda dar lugar a la más mínima sospecha de que entre él y los demás colegas o laboratoristas que intervienen en la atención de un paciente, existe el más mínimo entendimiento a ese respecto.

Por estas mismas razones de ética, cumplirá con el mayor celo las disposiciones legales, no induciendo a su cliente a concurrir a determinada farmacia, casa de óptica, de ortopedia, etc., así como no formulará especialidades farmacéuticas que se anuncien como verdaderas panaceas y en forma charlatanesca.

RELACIONES ENTRE PROFESIONALES

La relación entre los profesionales, es un punto importante en la actuación diaria, pues ésta impone el respeto mutuo entre ellos, y la no invasión de los límites de cada profesión, no obstante poder asociarse entre ellos siempre que no los guíe un fin comercial puramente.

RELACIONES CON EL ENFERMO

Asimismo, no se han descuidado los deberes del médico para con sus enfermos, estableciéndose normas generales. Pues es obligación de todo médico atender un llamado en el ejercicio de su profesión, obligación que es aún más imperiosa cuando sea otro el profesional que reclama su colaboración; cuando no haya otro médico en la localidad y en los casos de urgencia o peligro inmediato; asimismo, si en la primera visita comprobase una afección infecto-contagiosa, podrá sin faltar a sus deberes excusarse, si se trata de un cirujano que se dispone a practicar una operación a otro paciente; si es un partero, que está comprometido para asistir a un alumbramiento; o si tiene niños en asistencia.

Sea cual fuere el carácter o gravedad de la enfermedad, el profesional evitará las visitas innecesarias, pues la frecuencia tiende a darles un carácter interesado.

Asimismo, el facultativo deberá evitar ante su enfermo gestos, actos y palabras que puedan obrar desfavorablemente sobre él, ya sea deprimiéndolo o alarmándolo, pues es humano y oportuno que cualquier agravación o complicación debe ser comunicada a familiares o tutores, y ocultada al paciente, al que se le debe mantener siempre la más viva esperanza y confianza en su restablecimiento.

Un profesional honesto no abandonará a un enfermo crónico o incurable; en los casos difíciles o prolongados no demorará en provocar juntas médicas con otros colegas.

Al médico no le está vedado efectuar una visita de amistad o social a un enfermo, asistido por otro colega, pero se cuidará de no dejar lugar a la más mínima duda o sospecha sobre la actuación del médico de cabecera.

En su consultorio privado, el médico podrá atender a cualquier persona que concurra aunque esté asistida por otro facultativo, pues su gabinete debe ser considerado como un campo neutral, pero ello no lo faculta para olvidar el respeto que debe

a sus colegas y por consiguiente mantenerse circunspecto, parco, y medido en sus apreciaciones.

Esta obligación también comprende a los médicos de los hospitales o establecimientos asistenciales.

DE LOS SERVICIOS MÉDICOS ENTRE SÍ Y SUS FAMILIARES

Los médicos se deben ayuda mutua, siendo así que es una obligación prestar asistencia médica a los familiares directos o que se encuentren a cargo del profesional en forma totalmente gratuita.

DEBERES AL SUSTITUIRSE

Los profesionales tienen el deber de sustituirse en caso de enfermedad, con el mayor desinterés; no así en aquellos casos en que las ausencias sean largas, o por motivo de vacaciones; el médico, entonces, actuará como si fuese por su cuenta, no olvidando en ningún momento que está actuando en representación de su reemplazado.

DE LAS JUNTAS O CONSULTAS MÉDICAS

No menos importante y delicada es la actuación de los profesionales cuando lo hacen en juntas o consultas médicas, en las que los médicos consultores deben tener muy presentes todas las directivas del Código de Etica, pues de no ser así, muy fácilmente se incurre en un error que puede dar lugar a dudas o interpretaciones que rebundarán a veces en perjuicio del enfermo, siempre en menoscabo de la repetición de los médicos actuantes.

Tanto es así, que el médico consultor nunca debe hacerse cargo del enfermo para el cual se requirió su opinión, salvo que se trate de un especialista y así se conviniese, ni tampoco volver a visitar al enfermo sin nueva solicitud del médico de cabecera.

Asimismo, un facultativo que se vea precisado por razones de urgencia a concurrir al lado de un paciente, se limitará a prestar la asistencia e indicaciones del momento, debiendo aconsejar que sea informado el médico de la familia, quien deberá hacerse cargo del enfermo o continuar con él si ya lo tenía en asistencia.

DE LOS ESPECIALISTAS

Se entiende por tales, a profesionales que, además de poseer la ilustración indispensable, se han consagrado a una de las ramas de las ciencias médicas, habiendo efectuado estudios de perfeccionamiento en Facultades, servicios hospitalarios o institutos afines.

El hecho de titularse especialista en una rama de la medicina significa para el profesional el severo y formal compromiso consigo mismo, y para con sus colegas, de restringir su actuación o su actividad a la especialidad elegida.

El especialista llamado en consulta para examinar a un enfermo concurrirá a la hora convenida y, una vez dada su opinión, no volverá a ver al paciente salvo pedido o anuencia del médico tratante y sólo en esas condiciones podrá hacerse cargo del enfermo y seguir su tratamiento.

Si se tratase de un cirujano, y de la consulta resultase la indicación de una intervención, éste queda facultado para elegir sus ayudantes, lugar y día en que debe efectuarse la operación.

Es obligación moral de todo especialista o cirujano, no olvidar las reglas de ética con relación a los colegas que reclaman su cooperación.

A los fines de la aplicación de las disposiciones del Código de Deontología se creará un organismo cuyas atribuciones y caracteres se describen a continuación.

TRIBUNAL DEONTOLÓGICO

Como las faltas graves al ejercicio profesional están ya previstas y penadas por el Código Penal y las leyes de ejercicio de las profesiones médicas y auxiliares, se han hecho necesarias las sanciones a las faltas cometidas en perjuicio de la ética o buen desempeño moral de la actuación profesional, las que serán estudiadas en cada caso por el organismo creado a tal efecto y que se denominará «Consejo Deontológico». Este Consejo tendrá carácter de asesor y será designado por el Secretario de Salud Pública de la Nación y constituído por profesionales de reconocida honorabilidad y capacidad, que no actúen ya activamente en su profesión, pudiendo ser elegidos entre profesores jubilados, profesionales que hubieren prestado servicios en instituciones del Estado, o en instituciones privadas debidamente conceptuadas.

Siendo conveniente que las entidades gremiales de profesionales de la ciencias médicas debidamente reconocidas por la Secretaría de Salud Pública de la Nación y la Secretaría de Trabajo y Previsión se encuentren representadas en el Consejo Deontológico, serán invitadas a designar delegados que actuarán como miembros informantes.

El Consejo Deontológico estará compuesto de siete miembros, de los cuales cuatro como mínimo deberán ser médicos, pudiendo los restantes ser designados entre otros profesionales de las ciencias médicas. Durarán cuatro años en sus funciones y serán renovables por mitades.

Este Consejo tendrá a su cargo aconsejar la índole de las sanciones respectivas para que sean aplicadas por la sección encargada del contralor del ejercicio profesional.

Las sanciones que aplicará la Secretaría de Salud Pública de la Nación, en base al asesoramiento del Consejo Deontológico, son las siguientes:

1.°) Notificación y simple observación verbal por el Jefe de la Sección correspondiente de la Secretaría, sin dejar constancias en las fichas profesionales de los causantes, que existen en dicha Secretaría.

2.°) Amonestación por escrito, dejando constancia en la misma ficha profesional.

3.°) Amonestación o condenación, hecha públicamente, en dos diarios de la localidad por lo menos, y dejando la correspondiente constancia en la ficha profesional.

Para poder obtener la aplicación de este Código en todo el territorio de la República, el Poder Ejecutivo coordinará convenios con los gobiernos provinciales en cuya jurisdicción se constituirán los correspondientes Consejos Deontológicos Provinciales.

PRUEBA DE SERVICIOS PRESTADOS

La prueba de los servicios profesionales prestados, debe encararse bajo dos aspectos:

1.°) Los que se realizarán por cuenta del Estado, de acuerdo a la semisocialización de la medicina, contemplada en el Plan Quinquenal y que, por consiguiente, no darán lugar a dudas, puesto que los mismos estarán sujetos a tarifas preestablecidas de acuerdo con cada categoría de enfermo, relacionadas con las entradas mensuales de los mismos.

2.°) Los servicios prestados privadamente, los que generalmente han quedado supeditados a la buena voluntad y honestidad del cliente, que por lo común no suele ser equitativo en sus apreciaciones, particularmente cuando la cuestión se ventila ante la justicia.

Para estos casos se establecerá que en la apreciación de los honorarios profesionales lo fundamental es la afección que ha padecido el paciente, y el tiempo de tratamiento, para deducir de ello la asistencia más o menos frecuente que recibió, debiendo los jueces en todo caso de litigio recabar el dictamen pertinente de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, cuya opinión será la única valedera.

Además, para facilitar la comprobación de servicios, los profesionales llevarán un libro de contabilidad, habilitado por esta Secretaría, análogo a los usados para impuestos a los réditos, el que, unido a la fe jurada del profesional, constituirá una importante prueba de juicio.

HONORARIOS

Para la justipreciación de honorarios se tomará como base el arancel que se pondrá en vigencia y que abarcará el más amplio

ejercicio de las profesiones médicas en la actualidad, contemplando desde la visita común en consultorio o a domicilio del paciente, ya sea en horas normales o extraordinarias, así como la consulta con otros profesionales, hasta la asistencia permanente al lado del paciente durante el día o la noche; así también se ha dividido la asistencia quirúrgica en tres principales categorías, dejándose bien establecido la comprendida en cada categoría o sea: cirugía mayor, mediana y menor; no han escapado en la preparación del arancel de honorarios los demás procedimientos de tratamientos como ser, la electroterapia, la radioterapia, radiumterapia, la kinesioterapia en sus distintas modalidades y los métodos de investigación, desde los análisis clínicos hasta los anatomatológicos.

Asimismo, se contempla la situación de las distintas ramas auxiliares de la medicina.

ORGANIZACION GREMIAL

La agremiación de los profesionales y auxiliares de la medina, es ya una realidad en el país, donde existen constituídas la mayoría de las correspondientes asociaciones gremiales. Corresponderá al Estado, establecer y vigilar que dichas entidades estén íntegramente constituídas por profesionales auxiliares de la medicina, matriculados en la Secretaría de Salud Pública de la Nación, ya que ellos son los únicos autorizados legalmente a ejercer esas actividades.

El procedimiento para el reconocimiento de las entidades gremiales de los profesionales y auxiliares de la medicina, se ajustará a las disposiciones legales del decreto-ley 23.852|945 sobre régimen legal de las asociaciones profesionales de trabajadores con la debida intervención de las Secretarías de Trabajo y Previsión y de Salud Pública de la Nación, para que sean mejor contemplados los aspectos sociales y técnicos que implica el reconocimiento, y considerando que las entidades gremiales así autorizadas son las que entenderán en todos los fundamentales problemas relativos al trabajo de los profesionales y auxiliares mencionados.

Sería del caso reconocer entidades gremiales por cada una de las profesiones y ramas auxiliares de la medicina, es decir: a) médicos, b) odontólogos, c) doctores en bioquímica y farmacéuticos, y d) obstrétricas, como profesionales, y como auxiliares a) kinesiólogos, b) visitadoras de higiene, c) dietistas, d) ópticos-técnicos, e) técnicos en aparatos ortopédicos, f) ayudantes transfusionistas, g) vacunadores, h) enfermeros y nurses, i) mecánicos dentales y j) pedicuros.

Quedará además, establecido que la Secretaría de Salud Pública de la Nación, podrá disponer de acuerdo con la Secretaría de

Trabajo y Previsión el reconocimiento de entidades gremiales de nuevas ramas auxiliares de la medicina, cuando la natural evolución y desarrollo de estas actividades lo justifique.

ESTATUTO DE LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA

Como complemento de la legislación sobre control de las profesiones y fijación de las normas de ética del ejercicio de las mismas, corresponde instrumentar el articulado que contemple las condiciones del trabajo de los profesionales de la medicina en lo que a estabilidad, escalafón, régimen de sueldos, incompatibilidades y medidas de previsión se refiere.

Este aspecto de la legislación tendrá por fines el mejoramiente económico social de los profesionales en actividad, en base a principios de justicia social y su aplicación ha de traducirse en un mayor perfeccionamiento técnico y en un mejor ordenamiento de la atención de la salubridad pública.

PROFESIONALES COMPRENDIDOS EN EL ESTATUTO

El alcance del estatuto de los profesionales de la medicina, debe hacerse extensivo a todos los diplomados: Médicos, odontólogos, doctores en bioquímica y otros graduados autorizados a actuar como laboratoristas de análisis clínicos, farmacéuticos y obstétricas, que presten servicios correspondientes a su profesión, en forma permanente, en todos los organismos técnicos y establecimientos asistenciales del Estado dedicados o vinculados al ejercicio de la medicina y en todos los establecimientos asistenciales o de servicios de carácter particular o privado dedicados a los mismos fines.

ESTABILIDAD

La estabilidad de los profesionales que prestan servicios en los organismos del Estado, y a quienes comprenden las prescripciones del estatuto del servicio civil de la Nación, se regirá por las disposiciones del mismo.

La de los profesionales que actúan en los establecimientos privados, se regirá por las disposiciones de la ley N.° 11.729 para empleados de comercio, aunque prestaran servicios por cuenta de empleadores no comerciantes.

Se considerará empleado permanente el que se hubiere desempeñado durante más de tres meses bajo la dependencia de un empleador.

Los profesionales a quienes se planteen situaciones de suspensión o despido, deberán recurrir a la Secretaría de Salud Pública de la Nación, que será el organismo que entenderá administrativamente en dicha cuestión, como así también en todos los pro-

blemas que se planteen respecto al trabajo de los profesionales de la medicina, sin perjuicio del derecho de entablar las reclamaciones ante la justicia cuando así lo desearen los interesados.

INCOMPATIBILIDADES

Los profesionales sólo podrán ejercer hasta dos cargos en su actividad profesional, siempre que no hubiere incompatibilidad horaria. La limitación en cuanto al número de cargos tiende a suprimir el monopolio que algunos diplomados de la medicina, han hecho de sus funciones rentadas en detrimento de la eficacia técnica de los servicios prestados, y cerrando el acceso a la mayoría de los profesionales a los cargos técnicos del Estado y de los establecimientos privados.

ESCALAFÓN Y RÉGIMEN DE SUELDOS

Se creará un escalafón que, partiendo del sueldo mínimo ya en vigencia de $ 375 m/n, para los profesionales de la medicina, ascienda en una escala similar a la de los empleados públicos de la Nación hasta el sueldo máximo de $ 1.000 m/n, sin perjuicio de establecer cargos superiores cuando lo justifique la importancia o el número de los establecimientos técnicos o asistenciales que dependen de una misma entidad.

El cargo máximo del escalafón, que se fijará para cada una de las profesiones de la medicina, estará de acuerdo con la jerarquía e importancia de las mismas.

A su vez, se clasificarán, según la importancia de sus servicios los organismos técnicos y establecimientos asistenciales oficiales y privados en tres categorías, y los grados del escalafón se aplicarán igualmente a los profesionales actuantes en todos ellos, con la sola diferencia del grado máximo, que se fijará de acuerdo a la categoría del establecimiento.

La Secretaría de Salud Pública de la Nación será la encargada de clasificar los organismos técnicos y asistenciales a los fines indicados, y lo hará en base a la importancia de los servicios que prestan.

ASCENSOS

En los organismos y establecimientos del Estado los ascensos en el escalafón se harán en base a la antigüedad, calificación y cargos vacantes.

Hasta el grado correspondiente al sueldo de $ 700 m/n, los ascensos se efectuarán automáticamente cada dos años.

Para los grados superiores del escalafón, que corresponderán a funciones directivas, los ascensos se realizarán en base a las vacantes que se produzcan, y se aplicará un criterio selectivo fundado en las calificaciones de los que estuvieren en el grado inmedia-

to inferior al cargo vacante. El procedimiento para las calificaciones será dictado por la Secretaría de Salud Pública de la Nación y aplicado por las autoridades directivas de los organismos o establecimientos correspondientes, bajo el control de la primera.

A todo ascenso por calificación seguirá otro ascenso automático a los dos años, siempre que no hubiere habido en ese lapso una nueva promoción por calificación.

Se funda el régimen de ascensos automáticos cada dos años hasta un grado determinado y después la promoción alternada por calificación y automática, en que los grados del escalafón del sueldo mínimo de $ 375 m/n, al máximo de $ 1.000 m/n, comprenden 14 cargos, los que sólo en la forma establecida podrán llegarse a cumplir por los más aptos, en el término de treinta años de vida profesional.

En los establecimientos privados, los ascensos se realizarán por antigüedad, efectuándose las promociones en forma automática cada dos años hasta el sueldo máximo que corresponda al establecimiento, según la categoría en que esté incluído.

El régimen de sueldos para los servicios privados, deberá entenderse como una escala de sueldos mínimos y en forma alguna será limitativa de una mayor remuneración de los profesionales cuando así se conviniere entre éstos y los empleadores.

JORNADA DE TRABAJO

Los profesionales de la medicina cumplirán, en los establecimientos oficiales y privados, una jornada de trabajo continua o discontinua, de cuatro horas diarias como máximo.

Los profesionales que deban cumplir jornadas de guardia, como el caso de los médicos internos, prestarán estos servicios con un máximo de veinticuatro horas continuas, pero el total de horas semanales no podrá ser superior a cuarenta y dos, lo que para el régimen práctico y a los fines de no perturbar el régimen habitual de las guardias de veinticuatro horas, será autorizado el compensar entre las semanas que componen el mes el cumplimiento de las cuarenta y dos horas máximas semanales.

Dada la innegable conveniencia de que los médicos internos, estén además adscriptos a los servicios de los establecimientos donde actúan, se establecerá que cuando desempeñan estas dobles funciones, les serán aplicables como adscriptos fuera de las jornadas de guardia, las disposiciones específicadas sobre jornada diaria. A los efectos de las remuneraciones económicas percibirán, además del sueldo de médico interno, el que les corresponda por escalafón como adscriptos al servicio, y el sueldo de médico interno en ningún caso podrá ser menor al mínimo de $ 375 m/n.

Quedará además establecido, a los efectos de las incompatibilidades, que los profesionales que desempeñen la doble tarea

mencionada, en el mismo establecimiento asistencial, podrán además ejercer otro cargo, siempre que no hubiere superposición de horarios.

RÉGIMEN PROFESIONAL DE TRABAJO

En garantía de una eficaz prestación de servicios médicos, se fijará la cantidad mínima de profesionales que actuará en cada establecimiento o servicio asistencial, oficial o privado, en base al número de enfermos ambulatorios o internados y según la índole de las especialidades a que estén destinados.

DESCANSO ANUAL

Se prescribirá la concesión para todos los profesionales que actúen en establecimientos oficiales y privados, de licencias anuales con goce de sueldos, según el régimen que a continuación se especifica:

a) Diez días hábiles, cuando la antigüedad no sea mayor de cinco años.

b) Quince días hábiles, cuando la antigüedad, siendo mayor de cinco años, no exceda de diez.

c) Veinte días hábiles, cuando la antigüedad sea mayor de diez años y no exceda de veinte años.

d) Treinta días hábiles, cuando la antigüedad sea mayor de veinte años.

Los profesionales reemplazantes tendrán derecho a percibir igual sueldo que el que corresponde al reemplazado, cuando se viere obligado, en un mismo año, a realizar más de un reemplazo.

Sin perjuicio de los beneficios que les correspondan por enfermedad o descanso preventivo, los profesionales comprendidos en el presente decreto-ley, podrán faltar hasta quince días por año, sin dedución de sueldos, cuando lo fuere por causas justificadas.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

La fijación de los sueldos a establecerse no tendrá carácter modificatorio, de sueldos superiores, que perciban los profesionales, al ponerse en vigencia el Estatuto, los que deberán ser mantenidos.

Al promulgarse el Estatuto, los profesionales que estén ya prestando servicio, ocuparán automáticamente, dentro del escalafón, el cargo que les corresponda por antigüedad, sobre la base de un grado por cada dos años de antigüedad. No puede haber mejor criterio para actualizar y unificar las situaciones de los profesionales de tiempo atrás en funciones, que la antigüedad y se apli-

cará el criterio de dos años por cada grado, en base a lo ya argumentado de que existiendo catorce cargos en el escalafón, sólo se puede obtenerlos en treinta años de labor profesional, en virtud de un ascenso cada dos años.

ESTATUTO DE LOS AUXILIARES DE LA MEDICINA

Sobre las bases planeadas, se instrumentarán los estatutos correspondientes a las diversas ramas auxiliares de la medicina, y esta segunda parte de la labor, que entraña fundamentales aspectos de la justicia social, que se encaran actualmente con innegable eficacia por la Secretaría de Trabajo y Previsión, será realizada con la colaboración de la misma, y a los efectos de contemplar debidamente los problemas económicos conjuntamente con las cuestiones técnicas de dichos estatutos.

CAJA DE JUBILACIONES — OBLIGATORIEDAD PARA TODOS LOS MÉDICOS

La Secretaría de Salud Pública de la Nación propenderá al establecimiento de un Seguro Social Obligatorio para todos los profesionales de la medicina, en el cual se contemplarán los siguientes beneficios para los asegurados:

a) Prestación de servicios médicoquirúrgicos, odontológicos, y farmacéuticos;
b) Jubilación ordinaria íntegra;
c) Jubilación ordinaria reducida;
d) Jubilación extraordinaria;
e) Jubilación por retiro voluntario;
f) Pensión por invalidez o muerte;
g) Prestación por maternidad a las profesionales afiliadas;
h) Subsidios.

Los derecho-habientes de los asegurados tendrán derecho al beneficio de pensión, de acuerdo a condiciones y porcentajes que se establecerán.

Las disposiciones del seguro tendrán por finalidad amparar al profesional de todos los riesgos a que está expuesto, así como crear un régimen que proteja a los que, al llegar a una determinada edad, estén imposibilitados de obtener los medios necesarios para su subsistencia.

Un sistema solamente jubilatorio no sería aconsejable. El procedimiento que completaría el régimen de previsión, con carácter integral, es implantar un seguro que cubra aquellos riesgos, que justamente no contemplan los regímenes jubilatorios actuales.

En el régimen a crearse, se incluirá a los profesionales de la medicina afiliados a todas las Cajas de Jubilaciones y Pensiones

Nacionales, Provinciales y Municipales; y a aquéllos que no presten servicios en establecimientos oficiales o privados y que solamente actúen independientemente, los que podrán afiliarse en base a una declaración jurada de los beneficios que obtengan en su ejercicio profesional.

Los recursos de que dispondrá la Caja para desarrollar sus actividades, dependerán de los cálculos actuariales que se encuentran a estudio. Se propenderá a que su administración esté a cargo de un Consejo Consultivo Técnico Asesor, integrado por un experto financiero en materia de seguros designado por el Poder Ejecutivo, por representantes de las Secretarías de Salud Pública de la Nación y de Trabajo y Previsión, y por delegados de las distintas profesiones de la ciencia médica, ya que se harán extensivos estos beneficios no solo a los médicos, sino también a los odontólogos, bioquímicos, farmacéuticos y parteras, como complemento de una vasta obra de importancia social, vinculada con el bienestar y previsión de los profesionales de la medicina.

Sobre las bases del seguro social para los profesionales, se instrumentará un régimen de previsión similar, para todos los que practiquen las ramas auxiliares de la medicina.

ENFERMEDADES PROFESIONALES — ACCIDENTES DEL TRABAJO

Con un régimen de previsión tal como se ha planteado anteriormente será simple la inclusión en el mismo de la indemnización de los profesionales de la medicina por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Dado el carácter profundamente social y humanitario del ejercicio de las profesiones médicas, no es posible imputar la responsabilidad del riesgo profesional a los enfermos, a quienes, por otra parte, el médico y demás profesionales de la medicina están obligados moral y legalmente a atender. Por lo tanto, los riesgos de las actividades médicas deberán ser cubiertos económicamente por el organismo de previsión a crearse.

La ley 9.688 (de Accidentes del Trabajo) y la reglamentación de la misma, definen concretamente los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y servirán de bases para fijar estos conceptos, en relación al ejercicio de las profesiones médicas.

La fijación de las incapacidades deberá ajustar sus líneas generales al procedimiento de la legislación mencionada, no así el monto económico de las indemnizaciones, que como es lógico, deberá ser notoriamente más elevado que el establecido en la ley 9.688, para trabajadores no intelectuales.

BOLSA DE TRABAJO DE LOS PROFESIONALES

En la actualidad, uno de los problemas más serios para los profesionales que recién egresan de las distintas escuelas de la

Facultad de Ciencias Médicas, es saber a dónde orientar sus actividades.

Es indudable que la implantación del Plan Quinquenal, el cual dispone la semisocialización de la asistencia médica, dará lugar a que muchos profesionales de la medicina puedan resolver el problema de su iniciación profesional.

Para aquellos que no puedan ingresar en el mecanismo regido por la Secretaría de Salud Pública de la Nación, se creará la «Bolsa de Trabajo» para profesionales de la medicina.

Este organismo, para llenar su cometido, llevará libros y ficheros de todo el territorio de la República, con detalle de las poblaciones y distritos rurales, número de habitantes, medios de vida y actividades de trabajo con que cuentan, especificando los que en la actualidad carecen de asistencia médica, para así contribuir al justo cálculo de las posibilidades de subsistencia de los profesionales, manteniendo para ello constante relación con las Delegaciones Regionales, con las autoridades locales y sociedades de fomento donde las hubiere, para gestionar subvenciones para los profesionales.

APOYO A LOS CONSORCIOS Y COOPERATIVAS DE MÉDICOS

Será cuestión fundamental y previa al apoyo de las organizaciones asistenciales médicas de carácter privado, asegurar que la propiedad de dichas organizaciones sea de profesionales legalmente autorizados, evitando de tal manera que capitales mercenarios lucren con el ejercicio de la medicina y aun se beneficien con el apoyo financiero del Estado.

Disposiciones ya mencionadas en las consideraciones sobre «Contralor de las profesiones» contemplarán categóricamente dicho problema, es decir, garantizarán que sólo los profesionales autorizados sean los propietarios de establecimientos y organizaciones de asistencia médica, y facultarán a la Secretaría de Salud Pública de la Nación a exigir las constancias probatorias pertinentes.

Otras prescripciones, también ya mencionadas, tendrán por objeto asegurar que la prestación de servicios al público sea real y eficiente.

Sobre estas bases, no será difícil clasificar las organizaciones de asistencia médica, que sean dignas del apoyo del Estado.

El apoyo del Estado a las organizaciones asistenciales de médicos, seguirá las mismas normas que la semisocialización de la medicina, aplicará al ejercicio profesional individual, es decir retribuir a los profesionales actuantes para que dediquen un número determinado de horas diarias a los pacientes que concurran por cuenta del Estado.

En cuanto a las mutualidades que no tengan fines de lucro, para las que no corresponderá aplicar la exigencia de que sean de

propiedad de profesionales autorizados, se otorgará el apoyo del Estado, bajo la forma de subsidios, velando al mismo tiempo en defensa de los profesionales actuantes que se cumplan las disposciones pertinentes del estatuto de los profesionales de la medicina.

SANATORIOS PRIVADOS

Se dictarán disposiciones que permitan clasificar los sanatorios que estén en condiciones de proporcionar una integral y eficaz prestación de servicios, dentro de las especialidades a que se dediquen y asegurar al propio tiempo que los beneficios económicos de los mismos, sean exclusivamente para los profesionales autorizados.

A los efectos de que la propiedad de los sanatorios privados, en cumplimiento de las disposiciones citadas, pase totalmente a los profesionales, se propenderá al establecimiento para tales fines de un régimen liberal de créditos bancarios.

Deberá además concretarse el apoyo del Estado en la exención o disminución de los impuestos que gravan dichos establecimientos y el instrumental y material médico que necesariamente deben utilizar.

Finalmente se otorgará el subsidio del Estado, sobre la base de la retribución del mismo, por los sanatorios, destinando un número determinado de camas para uso de los enfermos asistidos por cuenta del Estado.

Tomaránse al mismo tiempo las necesarias medidas de fiscalización, para que el apoyo oficial redunde en directo beneficio de la población, determinando el abaratamiento de los servicios sanatoriales.

CONVENIOS CON EL ESTADO

Este aspecto del plan ha sido ya esbozado en el título anterior.

Será previo determinar debidamente por el Estado, el régimen económico de los establecimientos asistenciales privados, al objeto de determinar cual será la contribución económica oficial, en retribución de los servicios que aquellos prestarán a los pacientes por cuenta del Estado.

Esta tarea deberá hacerse, en todos los establecimientos que se consideren en condiciones de ser afectados a dichos servicios, ya que las distintas categorías de éllos impedirán el establecimiento directo de un régimen «standard».

RELACION CON EL PROYECTO DE CODIGO SANITARIO

Los propósitos y finalidades enunciados al desarrollar los alcances de la «Organización de los profesionales y Auxiliares de la Medicina» se concretarán en un cuerpo de leyes y reglamentaciones que formarán parte del proyecto de Código Sanitario Nacional.

Las consideraciones sobre «Contralor de las profesiones» «Aplicación de las leyes de ejercicio de la medicina», «Represión del curanderismo y de otros delitos de ejercicio ilegal de la medicina» y «Reglamentación de las especialidades», instrumentarán el articulado de un proyecto de *Ley de Ejercicio de las Profesiones y Ramas Auxiliares de la Medicina,* la que deberá ser completada por un conjunto de *Reglamentaciones,* relativas a las distintas profesiones y ramas auxiliares, y particularmente al régimen de funcionamiento de las organizaciones y establecimientos privados de asistencia médica.

Las normas enunciadas sobre «Etica Profesional», constitución del «Tribunal Deontológico» y sobre «Relaciones de los médicos entre sí y con los enfermos», se concretarán en un proyecto de *Código de Etica.*

Las consideraciones sobre «Prueba de Servicios» y «Honorarios médicos», instrumentarán el articulado de un anteproyecto de *Arancel de honorarios de los profesionales y auxiliares de la medicina*

Las disposiciones sobre «Organización gremial» y «Estatuto de los profesionales y auxiliares de la medicina»», serán ordenadas en los proyectos de *Estatuto de los profesionales de la medicina* y de *Estatuto de los auxiliares de la medicina,* separadamente

Los propósitos especificados sobre «Caja de jubilaciones obligatoria para todos los médicos» y «Enfermedades profesionales y accidentes de Trabajo», serán formalizados en los proyectos de *Leyes de seguro social obligatorio para los profesionales de la medicina,* y otro *para los auxiliares* de la misma, por separado.

Para el cumplimiento de los fines expresados al tratar el «Apoyo a los convenios y cooperativas de médicos» y a los «Sanatorios Privados», deberá autorizarse a la Secretaría de Salud Pública de la Nación, a concretar los convenios correspondientes.

ORDEN DE PRELACION

Por las cuestiones fundamentales que contemplan, deberán dictarse en primer término las leyes sobre ejercicio de las profesiones y ramas auxiliares de la medicina, y sobre estatutos de los profesionales y auxiliares de la misma.

La ley de ejercicio de los profesiones y ramas auxiliares de la medicina deberán complementarse con las reglamentaciones correspondientes, el Código de Etica y el arancel de honorarios de los profesionales y auxiliares de la medicina.

Las leyes sobre Estatutos de los profesionales y los auxiliares de la medicina, deberán tener como corolario la sanción de las leyes sobre Seguro Social Obligatorio sobre los mismos auxiliares y profesionales.

CAPITULO VII

FARMACIA E INDUSTRIAS FARMACEUTICAS

Para poder entregar medicamentos gratuitamente a los pobres y reducir los precios de venta al público, es necesario abastecer las farmacias y semisocializar la farmacia y los farmacéuticos.

La Farmacia, en su organización actual, no satisface, dentro del conjunto del plan asistencial, el objetivo científico y social a que está destinada, en razón de que su número se halla muy lejos de corresponder a las necesidades de la población de la República y su distribución no consulta los intereses sanitarios de los habitantes de la Nación. Es por ello que se hace necesario crear un nuevo régimen que, en consonancia con los servicios asistenciales, permita que todo habitante de la Nación, así se halle en el pueblo más remoto, tenga asistencia médica integral gratuita cuando carezca de recursos y a bajo costo o a costo libre, de acuerdo a sus medios económicos.

El primer problema a resolver es el aumento de establecimientos farmacéuticos que, actualmente en número de 4.200 aproximadamente, deben ser elevados a una cifra cercana a los 10.000, considerando que debe existir en el país una farmacia por cada 3.000 habitantes. Debe tenerse en cuenta que no puede aplicarse el simple cálculo de dividir la población del país (14.000.000) por 3.000, pues el número de establecimientos, al aceptar este criterio simple de distribución, no consultaría los intereses sanitarios del país, por existir múltiples poblaciones, debajo de 3.000 habitantes, que no pueden subsistir sin los servicios sanitarios correspondientes, inclusive el servicio farmacéutico. De ahí la conveniencia de que el número de farmacias se aproxime a 10.000. Para la realización de este plan es necesario disponer de los medios económicos que permitan la apertura de nuevos establecimientos farmacéuticos, cuya ubicación se hará, teniendo en cuenta la distribución de la población, índices epidémicos, morbilidad, mortalidad, etc.

Semisocialización de la farmacia

Para su ejecución integral es imprescindible: 1.°) subvencionar al farmacéutico con una suma mensual, teniendo en cuenta un promedio probable de recetas magistrales a preparar gratuitamente, para enfermos sin recursos sobre la base de un precio-promedio por receta magistral de, por ejemplo, $ 2.- cuando se tratare de preparaciones bajo forma farmacéutica para administración oral; y el de $ 4 cuando se trate de preparaciones magistrales comunes, inyectables, de consumo más frecuente, considerando como promedio de unidades para cada prescripción, el de 6 ampollas, con capacidad volumétrica de 1 a 5 c. c.

Esa subvención, para el profesional farmacéutico llenará un doble fin: facilitar al mismo su desplazamiento a zonas del país que carezcan de asistencia farmacéutica y, en segundo lugar, el Estado prestará un señalado servicio social al 60 o/o de sus habitantes, que prácticamente no pueden costear los servicios sanitarios (médico-farmacéuticos) a que tienen derecho, por escasez o carencia de recursos económicos.

2.°) El aspecto quizá más fundamental, es el de que el Estado debe proporcionar al profesional carente de recursos económicos, la suma necesaria para la instalación del servicio farmacéutico, que él mismo reintegrará al Estado, en cuotas, a bajo interés y con un índice pequeño de amortización. Para tal fin puede crearse en el Banco de Crédito Industrial, Banco Central o Banco de la Nación Argentina, una Sección de Crédito profesional, que solucionaría uno de los problemas más angustiosos de los profesionales farmacéuticos en lo que se refiere a la dificultad económica en que se hallan, al egresar de la Universidad, para instalar sus propias farmacia y daría lugar a una verdadera liberación de la profesión farmacéutica en el aspecto económico, contribuyendo a la dignificación profesional. Otras medidas, como la del precio único y uniforme para el arancel farmacéutico y la venta de especialidades medicinales en todo el territorio de la Nación, cerrarán el ciclo de medidas tendientes a desterrar para siempre la crisis económica del servicio farmacéutico, que, en razón de ser un servicio público e indispensable, tendrá un mínimo de retribución económica que el Estado debe asegurar para que su desempeño se realice dentro de un marco aceptable de dignidad económico-social.

Debe también llevarse a cabo una nueva reglamentación que establezca las obligaciones que el farmacéutico tiene para con el Estado en el ejercicio profesional, reglamentación que debe erradicar definitivamente del medio profesional, toda actitud o procedimiento que no sea el destinado a servir los altos intereses de la Nación.

En cuanto a lo que se refiere a la industria farmacéutica, la actividad privada de la misma no siempre se ha mantenido dentro de los límites razonables de compensación económica, creando un problema de encarecimiento y especulación, que ha alcanzado límites que hacen necesaria la intervención del Estado. Cabe pensar en la industria farmacéutica estatal (que podría hacerse adoptando el tipo de explotación mixta, del Estado con empleados y obreros) para contar con el elemento fundamental que permita proveer a la población de escasos o medianos recursos, de medicamentos de bajo costo y alta calidad a distribuirse gratuitamente al 60 o/o de los habitantes. Se elaborarían especialidades medicinales similares a las que alcanzan precios de especulación, vendiéndolas a precio menor, poniendo así en práctica el medio más seguro para regular los precios. Ya se ha puesto en marcha una serie de medidas, el comienzo de un plan, destinadas a poner freno al alza indebida de precios en un industria que, dados los fines que debe cumplir, ha de estar dentro de una norma económica retributiva, de margen razonable y justa, sin caer en aspectos especulativos que desnaturalicen su función social.

VIGILANCIA DE LOS FARMACEUTICOS Y DE LAS FARMACIAS COMO SERVICIO PUBLICO

Constituye este un capítulo fundamental, ya que el régimen actual de fiscalización de la actividad farmacéutica, en su carácter de servicio público indispensable, es poco menos que utópico. Existen, aproximadamente, 4.200 farmacias en la Capital Federal y Territorios Nacionales, además de varios centenares de laboratorios donde se elaboran especialidades medicinales, artículos de tocador y cosméticos, fábricas de drogas, droguerías y herboristerías, para cuyos servicios de inspección sólo se cuenta con siete inspectores, lo que hace imposible la adecuada vigilancia para que dichos establecimientos cumplan con la función científico-social a que están destinados.

Es por ello que, dentro de la Dirección de Farmacia, Bioquímica e Industria Farmacéutica, debe crearse el Departamento de Inspección que, dadas las tareas que tendrá que realizar dentro del amplio plan sanitario a ejecutar, debe contar con un cuerpo de inspectores que, por su número y calidad, permita llenar satisfactoriamente las funciones de fiscalización dentro de un marco de rigurosa lealtad, honorabilidad y eficiencia.

EJERCICIO DE LA PROFESIÓN

El ejercicio de la profesión de bioquímico y farmacéutico debe ser encarado dentro de nuevas normas, que permitan un mejor apro-

vechamiento del rendimiento profesional, con los consiguientes beneficios para la población, que actualmente en muchas regiones de la República carece de un servicio de asistencia farmacéutica.

Dentro del nuevo régimen a crearse y teniendo como norma que todos los habitantes de la Nación, cualquiera sea el lugar de residencia, tienen derecho a una asistencia médica integral, deben existir los organismos encargados de asegurar la asistencia total, establecer las directivas a que ha de ajustarse el profesional en el desempeño de su función, teniendo en cuenta los altos intereses de la población y en estrecha colaboración con las altas autoridades. Ello será una feliz realidad con el régimen de semisocialización del profesional farmacético y bioquímico, quien entrará al servicio del Estado y de la población, pero no librado a su propio esfuerzo, sino contempladas sus necesidades y con la seguridad de que el Estado vela por él, así como por los habitantes de la zona.

El régimen de semisocialización tendrá como fundamento una subvención mensual a cargo del Estado que percibirá el profesional farmacéutico, en relación con la calidad y cantidad de recetas que entregará gratuitamente a los pobladores sin recursos para costearlas, y que habiten en la zona. El resto de su actividad profesional libre, se dirigirá a los habitantes en condiciones de pagar sus propias necesidades farmacéuticas. El Estado facilitará los medios económicos para la instalación del servicio farmacéutico, creándose así un clima propicio y de estímulo para el profesional, que no trepidará en trasladarse a cualquier región del país donde sus servicios sean necesarios.

La implantación de servicios farmacéuticos en zonas de nuestro país, que actualmente no los poseen, o en donde son precarios, contribuirá en buena parte, a desterrar prácticas ilegales y a veces clandestinas, que afectan la seguridad sanitaria de los habitantes.

TRIBUNALES DE FALTAS

La experiencia acumulada desde el 4 de Junio de 1946 en adelante, en el examen de los miles de expedientes que han pasado por la Secretaría de Farmacia e Industria Farmacéutica de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, hoy Dirección de Farmacia, Bioquímica e Industria Farmacéutica, ha evidenciado que el régimen actual destinado a reprimir las infracciones a la Reglamentación de la Ley 4867 (Ley de Farmacia) es deficiente y origina un trámite burocrático de expedientes o una apelación a la justicia correccional, que conduce, la mayoría de las veces, a la evasión de la multa y a la reincidencia, dada la impunidad de que gozan

en su mayor parte los infractores, creando un clima de descrédito administrativo y de inefiencia jurídica. Estas fallas obedecen al régimen actual, donde los organismos técnicos que evidencian la infracción no tienen participación alguna en el mecanismo represivo, que el dictado por asesores jurídicos que desconociendo el problema técnico, base de la infracción, contemplan ésta con un criterio legal alejado de la órbita técnica, lo que conduce, la mayoría de las veces, a que el infractor se exima de pena, después de un expedienteo que dura varios meses.

Con el objeto de crear un régimen rápido y seguro que impida la evasión y el castigo del infractor, se hace necesario crear el Tribunal de Faltas Sanitario, destinado a practicar justicia técnica con funcionarios que conozcan el problema y que son los únicos capacitados para establecer la naturaleza de la infracción cometida por técnicos. Es por ello que el Tribunal debe organizarse sobre la base siguiente:

1.°) Oficina de Sumarios.

2.°) Asesor Jurídico, encargado de dictaminar.

3.°) Tribunal de Faltas propiamente dicho, constituído por profesionales de la actividad farmacéutica, como serían: el Jefe de la Inspección de Farmacias, el Jefe de la Sección Arancel y Fiscalización de Productos Medicinales y un Farmacéutico actuante, con un mínimo de 10 años en el ejercicio profesional. De manera que, cometida una infracción y levantada el acta correspondiente por el agente de fiscalización (inspector), se eleva el sumario al Asesor Jurídico (fiscal) que dictaminará y luego remitirá las actuaciones al Tribunal de Faltas, para eximir o aplicar la sanción que corresponda. Las sanciones aplicadas serán apelables ante el Señor Secretario de Salud Pública.

VIGILANCIA DE LOS LOCALES Y SU FUNCIONAMIENTO

Con la nueva Reglamentación que delimite los derechos y deberes del profesional bioquímico y farmacéutico en el ejercicio de su profesión, teniendo en cuenta la naturaleza de servicio público de la farmacia, el carácter de funcionario estatal y la facilitación económica para el establecimiento del servicio farmacéutico, las funciones de inspección deben organizarse paralelamente, en tal forma, que aseguren el funcionamiento de la farmacia dentro de un régimen de eficiencia técnico-científica, para que todos, en horas del día o de la noche, encuentren en cualquier punto de la República, el medicamento que les sea prescripto por su médico.

Dentro de las funciones de fiscalización y contralor se hallan las correspondientes a Droguerías, Laboratorios de Especialidades Medicinales, Fábricas de Drogas, Laboratorios, Artículos de Tocador y Herboristerías, establecimientos éstos que deben ser severamente vigilados, dado que frecuentemente se viola en ellos la Ley que reglamenta el Ejercicio de la Medicina. En cuanto a las Droguerías, debe establecerse un registro de las mismas, debiendo éstas llevar un libro donde conste calidad y cantidad de drogas recibidas, aforo aduanero y costo de los productos, así como nómina de los compradores, con el precio correspondiente. Este plan tiende a evitar el mercado negro de drogas que se practicó con tanto éxito durante los años de guerra, además de permitir en cualquier momento, a los funcionarios del Estado, establecer si existen maniobras especulativas con tendencia al encarecimiento ilegítimo de la mercadería, o practicar la confiscación de drogas críticas cuando altas razones estatales así lo dispongan.

El cuerpo de inspectores debe consagrarse exclusivamente a sus funciones de inspección, no ejerciendo ninguna otra actividad, estableciéndose una remuneración inicial, con aumentos paulatinos que permitan que en el ejercicio de sus tareas se desempeñen sin angustias económicas, que permitan crear desviaciones éticas punibles.

El número actual de inspectores, que alcanza a 7, debe aumentarse a 30 como mínimo, estableciéndose un régimen riguroso de selección, para que sólo se incorporen los que posean antecedentes morales, científicos y profesionales intachables, y se sientan capaces de servir al Estado con lealtad y eficiencia.

La actividad de los inspectores se desarrollará dentro de dos directivas:

a) Prevención.
b) Represión.

Abastecimiento de Medicamentos a los Hospitales y al público a bajo costo

Dentro del problema del abastecimiento de medicamentos a los hospitales y al público, se ha creado, con el transcurso del tiempo, una situación de índole económica, en virtud del alza excesiva de los costos, que ha adquirido en los momentos actuales un carácter verdaderamente angustioso.

Es innegable que existe el problema adquisitivo de lo que se denomina especialidad medicinal para la inmensa mayoría de la población, que en un 60 % no dispone de medios económicos para costearse los medicamentos, dificultad que también se hace sentir

en un 20 % de los habitantes, con reducidos recursos económicos, mientras los costos elevados dejan de incidir sobre el 15 % restante de la población que en razón de la holgura económica de que disfruta se halla en condiciones de afrontarlos.

Es evidente que en el alza de las especialidades farmacéuticas han actuado factores legítimos, los menos, ilegítimos, los más. Consideramos que son factores legítimos los derivados de los beneficios económico-sociales, dispensados a los obreros y empleados de la industria farmacéutica, en base a las diversas leyes de trabajo y previsión social, pero es justo admitir que en el problema de los costos ha gravitado una serie de hechos, que no pueden considerarse como normales y razonables, sino que son de índole especulativa.

Para comenzar, debemos manifestar que la mayor parte de la materia prima que utiliza nuestra industria farmacéutica es de procedencia extranjera, y los precios de la misma en el mercado de drogas se hallan muy por debajo de los alcanzados durante la época de guerra, pero no obstante ello se siguen vendiendo especialidades medicinales al público a precios que ya hace tiempo han dejado de ser razonables para convertirse en especulativos. Que la especulación existe es evidente, como lo demuestra el alza que han experimentado muchas especialidades medicinales desde comienzos del año 1946, con aumentos hasta del 30 %. La Comisión de estudios de precios y elaboración de especialidades medicinales a bajo costo ha comprobado dicha especulación. La prueba del alza indebida se halla en planillas de especialidades medicinales aprobadas por la actual Comisión de Arancel y Especialidades Medicinales, en las que, no obstante tratarse de declaraciones juradas de costo, se han obtenido, por propio reconocimiento y subscriptas por los mismos interesados, rebajas que oscilan del 5 al 25 %, existiendo algunos industriales que han establecido, como precio de venta a droguería, de una especialidad, una cifra inferior a la deducida por la suma de los diversos índices de industrialización, lo que pone de manifiesto de qué manera se cargan los costos industriales y administrativos.

Es evidente que el problema ha sido creado por la industria de las denominadas especialidades medicinales, en su gran mayoría fórmulas magistrales industrializadas, con el pretexto de que la elaboración industrial significa una producción en mayor cantidad, de mejor calidad y a precio más bajo; concepto ideal pero no real, y desvirtuado en la práctica, por costos que están muy lejos de satisfacer dichas premisas.

Ha llegado el momento de que el Estado intervenga para solucionar una situación que afecta el interés sanitario de la población, proveyendo un régimen técnico-económico que facilite a to-

do habitante «la adquisición del medicamento que necesite para su debido tratamiento médico».

El plan que conducirá al abaratamiento, debe apoyarse en tres directivas que son las siguientes:

a) Contralor de precios en base a declaraciones juradas de los diversos laboratorios y teniendo en cuenta el costo de la materia prima, índice de costo industrial administrativo, propaganda, etc., así como una ganancia razonable para el laboratorio:

b) Elaboración de especialidades denominadas económicas, envases sencillos, sin muestra gratis y sin propaganda por parte de los laboratorios que han de elaborarlas, quedando ésta a cargo de la Secretaría de Salud Pública de la Nación. Estas especialidades, hasta tanto el Estado disponga de las plantas productoras, serán manufacturadas por la industria privada, previa licitación de precios. Su número podrá variar cuando supremos intereses de la población así lo exijan. La calidad y cantidad de preparaciones medicinales a elaborar por el Estado estará condicionada a la evolución que sigan los precios de las mismas. Si ellas no se avienen a un nivel razonable y continúan las alzas especulativas, se industrializarán similares a las de costo elevado, a un precio accesible a los enfermos de recursos limitados.

c) Se estudiará e implantará un régimen que permita que el abastecimiento de elementos glandulares y envases de diversos tipos se haga a los industriales a un precio uniforme y razonable, para evitar maniobras especulativas. Se creará un registro de todos los elementos industriales que se dedican al comercio de drogas, donde se especificará cantidad, calidad y precio de compra de las mismas, así como la nómina de los que las adquieren y precio de compra. Se estudiará también el aforo aduanero sobre drogas, creando un régimen de gravamen económico «para las drogas destinadas a la elaboración de especialidades medicinales».

No hay duda de que el recurso más eficaz para el abaratamiento de los medicamentos es el de poseer plantas de elaboración que permitan una industrialización a bajo costo.

Hasta tanto el Estado cree y habilite la Planta de Medicamentos, para la solución inmediata del problema, dependeremos de la industria farmacéutica privada, que aunque bien dispuesta

a fabricar especialidades económicas de bajo costo, no sabemos si seguirá fabricándolas en el futuro, cuando nuevas necesidades del Estado, como ser consumo exclusivo, disminución de venta de las especialidades de las restantes marcas u otros aspectos imprevistos, pueden crear dificultades en su elaboración.

Además, la solución difinitiva de un problema tan fundamental para la defensa de la Nación, no puede descansar sobre plantas industriales privadas, que por muy respetables que sean, contemplarán primero sus intereses y luego los de la Nación.

Mientras no se construyan las plantas propias, el problema será solucionado, como ya se dijo, con la colaboración de la industria privada, siendo más conveniente y estable encararlo con la base de las industrias farmacéuticas extranjeras dependientes de la Junta de Vigilancia, cuyas plantas de elaboración en un período determinado de horas semanales, se hallan en condiciones de facilitar la solución del problema del abastecimiento medicamentoso a bajo costo. Dichas plantas, en coordinación o bajo la dirección técnica de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, permitirían llenar dos funciones económico-sociales de trascendental importancia: 1.°) Fabricar especialidades medicinales de bajo costo; 2.°) Actuarían como reguladores efectivos de precios, «elaborando» especialidades similares a las de costo excesivo a un precio razonable.

Esta última solución sería la ideal, pues sin los inconvenientes que podrían presentarse con la industria privada, el Estado tendría, a través de la Secretaría de Salud Pública, el instrumento más efectivo para regular los precios de las especialidades medicinales.

La distribución de las especialidades de bajo costo para el consumo de la población se efectuará por intermedio de las droguerías a todas las farmacias del país. En cuanto a su distribución a los establecimientos asistenciales dependientes de esta Secretaría de Estado, se hará por intermedio de una droguería central y droguerías regionales, pudiendo funcionar como droguería central la actual Oficina de Sueros y Vacunas, hasta tanto se construya la Planta Nacional de medicamentos, uno de cuyos departamentos lo constituirá la droguería central. También será contemplado en el plan de construcciones, teniendo en cuenta las enseñanzas de la guerra pasada, la construción de depósitos subterráneos a prueba de bombas, para almacenamientos de «medicamentos para casos de urgencia».

Con el propósito antes enunciado de que el Estado fabrique productos medicinales, el Instituto Bacteriológico intensificará su actividad industrial medicamentosa, particularmente sueros, vacunas

y preparados organoterápicos, en coordinación con el Instituto Berhing, de manera tal, que ambas instituciones se hallarán en condiciones de elaborar todos los sueros, vacunas y preparados organoterápicos de uso humano y veterinario para tiempo de paz, así como para situaciones de emergencia.

Anexa a la Planta Nacional de elaboración de especialidades medicamentosas, debe construirse la droguería central, destinada al almacenaje de toda la materia prima, adquirida o elaborada, para las necesidades industriales de aquélla, así como las especialidades medicinales manufacturadas por la Planta Nacional, destinadas a ser distribuídas a las droguerías regionales diseminadas en todo el territorio de la Nación y que tendrán la misión de abastecer a todos los servicios farmacéuticos asistenciales las fórmulas y especialidades medicinales, así como las drogas necesarias para el tratamiento de los enfermos internados y de consultorios externos.

En síntesis, las diversas plantas productoras, en trabajo coordinado, proveerían las necesidades civiles y militares de la Nación y actuarían como reguladoras de precios, tratándose de especialidades cuyo encarecimiento fuera injustificado.

Mientras se pone en marcha el plan quinquenal de investigación con vistas a la obtención de materia prima natural o sintética, destinada a las plantas productoras, es necesario crear una Comisión Técnica de compra de materia prima, que elija, no solamente teniendo en cuenta el más bajo precio, sino fundamentalmente la calidad, dado el destino ulterior de dicha materia prima, cual es el de servir de elemento para la elaboración de especialidades medicamentosas.

Con el propósito de aprovechar al máximum, nuestra abundante flora medicinal, es necesario un plan coordinado con las dependencias técnicas del Ministerio de Agricultura de la Nación, destinado a intensificar, de acuerdo a las características del suelo y del clima, el cultivo de plantas medicinales, con pequeños laboratorios de fitoquímica y fitocultura en los lugares de cultivo, destinados a obtener especies ricas en principios activos, así como a deserrollar un plan sistemático destinado a establecer el momento más oportuno para la extracción de la materia prima vegetal, por su mayor riqueza en principios medicinales.

Debe establecerse un régimen de colaboración y coordinación con la Dirección Nacional de Minas y Geología, destinado al aprovechamiento de principios minerales.

Dentro del plan de abaratamiento debe crearse el Registro de Drogas, calidad, precios de compra por los drogueros, así como precio de venta e identidad del comprador, lo que permitirá,

estudiando un régimen económico de aforo aduanero, disminuir el costo de la materia prima, que ha de incidir sobre el de las especialidades manufacturadas por el Estado como por la industria privada.

Para completar el plan de abaratamiento debe crearse un ordenamiento reglamentario que asegure a la industria privada y estatal la provisión de envases, así como un suministro de elementos glandulares, según cupos mensuales de necesidad, a precio uniforme y económico. Estos tres factores han de repercutir visiblemente, junto a otras medidas contables que repriman la especulación, sobre el costo de todas las especialidades medicinales que alcanzarían un precio que podría denominarse, con justicia, razonable.

Dentro del planteo de la Construcción de la planta Nacional de Elaboración de especialidades medicinales, debe agregarse la Planta de Elaboración de Envases, particularmente ampollas.

Nuevos derechos arancelarios

La Secretaría de Salud Pública de la Nación cumple funciones de inspección a diversos establecimientos, laboratorios de artículos de tocador, farmacia, droguería, fábricas de drogas, fábricas de especialidades medicinales y herboristerías, sin cargo alguna, mientras funciones similares, desempeñadas por la Municipalidad de la Capital, son gravadas con derechos de inspección.

De ahí que sea necesario crear un régimen impositivo que abarque, no sólo las funciones de inspección, sino diversas actividades comerciales que, desarrolladas en los establecimientos dependientes de esta Secretaría, puedan ser gravadas sin mayores inconvenientes económicos, del punto de vista social.

Dichas actividades se refieren a la apertura de libros en laboratorios, droguerías, farmacias, etc., transferencia de certificados de especialidades medicinales, habilitación, traslado o transferencia de farmacias y laboratorios de artículos de tocador como especialidades medicinales.

DERECHOS DE INSPECCIÓN

Puede establecerse un régimen que grave estas funciones, de acuerdo al siguiente criterio.

1.°— En los establecimientos cuyo capital esté formado por acciones, el impuesto se cargará sobre el capital autorizado.

2.°— Cuando el capital no esté conformado como el establecido en el punto anterior, se aplicará sobre todo el capital social.

3.º— No existiendo capital social, por ser uno solo el propietario, siempre que no pueda establecerse por métodos contables, se hará en base a declaración jurada.

CARNET PROFESIONAL

El carnet profesional tendrá carácter obligatorio, y se abonará por el mismo, a la Secretaría de Salud Pública de la Nación, la suma de $ 2, por ejemplo. Se organizará en el Departamento de Inspección (Actual Inspección de Farmacia), una Bolsa de Trabajo para bioquímicos y farmacéuticos, destinada a afcilitar la ubicación y traslado de dichos profesionales en cargos oficiales o privados, así como del personal auxiliar de las farmacias, droguerías, laboratorios, etc.

APERTURA DE LIBROS

Los libros Recetarios de Alcaloides y Tóxicos abonarán un derecho, por ejemplo de $ 10, que se hará constar en la primera página.

TRASLADO, HABILITACIÓN O TRANSFERENCIA DE LABORATORIOS O FARMACIAS

a) Por todo traslado de establecimientos que fabriquen o fraccionen productos sujetos a contralor de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, se abonará un derecho que podría ser de cien pesos. — Las Farmacias sólo abonarán treinta pesos.

b) Por habilitación, se abonarán iguales sumas que las indicadas en el inciso a).

c) Por la transferencia de los certificados que para la venta de productos que otorga la Secretaría de Salud Pública de la Nación, se abonará una suma de dinero, más o menos de cien pesos.

d) Toda transferencia de Laboratorio o Farmacia estará gravada con un derecho del uno por ciento del capital relativo a la transferencia.

Quedan liberadas de este impuesto las transmisiones que se hagan por derecho sucesorio, y cuando el beneficiario sea consanguíneo hasta tercer grado, y las que se hagan a beneficio del Estado.

e) Sin perjuicio de lo establecido en los incisos a, b, c, y d, todos los certificados abonarán un derecho fijo por año treinta pesos, para cubrir los gastos periódicos de análisis y contralor de los productos referidos en cada certificado.

Creación de un organismo de investigación experimental y contralor bioquímico-farmacéutico

Dentro de la orientación del Plan Quinquenal, esto es, llevar la industrialización a su máxima potencialidad, así como realizar la recuperación económica y social de la Nación, la Secretaría de Salud Pública pondrá en marcha un intenso plan de investigación científica «*destinado a proveer nuestras propias necesidades de materia prima natural o sintética, para la población civil así como las fuerzas armadas de la Patria*».

Este plan tenderá a eliminar una dependencia técnico-científica foránea, que se hizo sentir con caracteres angustiosos durante la pasada conflagración, en la que el abastecimiento de materia prima medicamentosa se realizó en cantidades muy por debajo de nuestras necesidades y en algunos renglones, como el de las vitaminas y hormonas, a precios verdaderamente prohibitivos, creando dificultades de toda índole a la industria farmacéutica.

Algunas tentativas aisladas de la industria para obtener materia prima, permitieron sortear muchos inconvenientes, no obstante las inmensas dificultades a vencer, derivadas de la falta de elementos industriales, algunos de los cuales fueron fabricados en el país, así como del estudio de las técnicas de obtención, costosas al comienzo, hasta lograr llevarlas a un rendimiento económico aceptable. Es por ello, que la Secretaría de Salud Pública, debe crear el *Instituto Nacional de Farmacología y Contralor Bioquímico - Farmacéutico*, cuya construcción, habilitación y puesta en marcha demandaría un tiempo que es necesario tener en cuenta, contemplando la posibilidad económico-científica de aprovechar el rendimiento industrial de algunas fábricas de materia prima, que ya han salido de la etapa experimental y se hallan en plena producción, con equipos costosos, buenos técnicos y empleando métodos de inmejorable rendimiento. El Estado, a través de la Secretaría de Salud Pública, debe encarar un plan de industrialización e investigación con el tipo de consorcio mixto, que ya en otros aspectos industriales ha evidenciado resultados altamente ventajosos para el país.

Con la base de algunas fábricas que el país ya posee, se podría iniciar la etapa de producción en gran escala de materia prima que ya se elabora, así como la obtención de nuevos elementos de industrialización, que permitirá el abastecimiento de la industria nacional farmacéutica, así como la conquista de mercados sudamericanos; además que la elaboración de materia prima por el Estado y la

industria privada (consorcio mixto), sería el basamento más firme de la industrialización y venta de especialidades medicinales a bajo costo, objetivo final del Plan Quinquenal en el aspecto farmacéutico.

El Instituto Nacional de Farmacología y Contralor Bioquímico - Farmacéutico deberá contar con los siguientes departamentos:

A) Departamento de Quimiosíntesis. — Con el régimen de las pequeñas plantas piloto, a cargo de técnicos argentinos de preferencia. Solamente cuando no los hubiera, se contratarán técnicos extranjeros, a cuyo lado se colocarán graduados argentinos, para que completen su formación científica y se familiaricen con los métodos de quimiosíntesis.

La orientación de la síntesis química, se desarrollará de acuerdo a los problemas endémico-epidémicos que el país debe solucionar, muy particularmente, la lucha antipalúdica, antituberculosa, antianquilostomiásica, antidisentérica, antitífico - exantemática, antivenérea y antileprosa.

Este departamento contará con las siguientes secciones:

a) Síntesis u obtención natural de medicamentos antipalúdicos.

b) Síntesis de medicamentos antivenéreos (sulfanamidas, arsenicales aromáticos, fenil-arsénicos, arsfenaminas y arsenóxidos).

c) Síntesis u obtención natural de medicamentos antiparasitarios (Antianquilostomiásicos: Tetracloruro de Carbono, Tetracloroetileno, Ascaridol, etc. Antiamebiásicos: derivados yodados del ácido quinolínsulfónico, así como de la quinoleína, etc., obtención de antimoniales aromáticos para el tratamiento de la Bilharziosis y Kala-Azar).

d) Obtención natural y posibilidad de síntesis de compuestos antileprosos.

e) Quimiosíntesis de hormonas y obtención natural de algunas que como la foliculina y la gonado-estimulinas séricas, se podrían obtener a bajo costo, dada la abundancia de materia prima (suero y orina de yeguarizos en estado de preñez).

f) Quimiosíntesis vitamínica y obtención natural de algunas, como los tocoferoles, utilizando la materia prima nacional: aceite de germen de trigo.

g) Quimiosíntesis de sulfonamidas y otras bacteriostáticos.

B) Departamento de Fisiología Experimental. — Destinado al estudio y perfeccionamiento de los métodos fisiológicos, que son fundamento de la farmacología experimental, deberá estar en estrecho contacto, por la afinidad que posee, con el departamento de Farmacología experimental.

C) Departamento de Farmacología Experimental. — Con departamento anexo de Quimioterapia destinado al ensayo sobre animales en estado de salud o enfermedad, de todos los compuestos químicos naturales o sintéticos, preparados en el departamento de quimiosíntesis. Ambos departamentos deberán contar con todos los implementos modernos: electrocardiógrafos, cronaxímetros, oscilógrafos, aparatos de registro óptico, potenciómetros, etc. Dentro del departamento de Fisiología Experimental se incluirá una sección de electroencefalografía, en coordinación con el departamento de quimiosíntesis encargado de la obtención sintética de medicamentos anticonvulsivos.

F) Departamento de Antibióticos, que permitirá estudiar sus métodos de obtención, en pequeñas plantas piloto, hasta tanto se aclare el panorama científico de los mismos, dado que no se halla muy lejano el momento de su preparación sintética, siendo ese el instante de instalar la planta de industrialización.

G) Departamento de Bacteriología. — Al igual que el anterior, trabajará en estrecha coordinación con el departamento de quimiosíntesis, permitiendo así estudiar la acción bacteriostática, bactericida o fungicida de compuestos antibióticos (Sulfonamidas, Tirotricina, Penicilina, Estreptomicina).

H) Departamento de Fitoquímica. — Estudiará la calidad y cantidad de los principios activos contenidos en nuestra rica flora medicinal, así como los métodos de extracción y rendimiento de los mismos. Deberá desarrollar su acción en coordinación con el Departamento de cültivos medicinales del Ministerio de Agricultura de la Nación, teniendo como finalidad obtener el máximun de materia prima vegetal. Mientras se organizan los cultivos, se intensificará el estudio fitoquímico, destinado a establecer los métodos más adecuados de rendimiento, para la extracción de principios activos, orientando la búsqueda de especies silvestres (Digitalis Purpúrea, Daturas, Valerianas, Quinas, Aspidospermas, etc., etc.).

I) Vivero Central. — Por razones económicas y llenando las mismas necesidades científicas, es conveniente instalar el vivero central, destinado a proveer de los animales indispensables para el desarrollo de la labor experimental de los diversos departamentos.

J) Departamento de Contralor Bioquímico Farmacéutico. — Debe desarrollar su acción dentro de nuevas bases, que permitan su mayor rendimiento científico, encauzando la labor de los técnicos dentro de un régimen metódico y disciplinado. Las tareas de Contralor Bioquímico Farmacéutico, las cumple actualmente el Instituto de Química y si consideramos uno de los aspectos que insume mayor tarea a dicho Instituto, en desmedro de otras actividades muy estimables también, esto es el referente al contralor bioquímico de las denominadas especialidades medicinales, llegamos a la conclusión de que el régimen actual de contralor previo de la muestra de una especialidad, como condición fundamental para autorizar su expendio, significa una tarea engorrosa, del punto de vista técnico, por la diversidad de preparados, originando, además, un trámite burocrático lento, con todos los inconvenientes económicos y éticos del mismo. Es por ello que debe modificarse la reglamentación de la ley N.º 4687, en lo referente al régimen de autorización de venta, adoptando el sistema rápido, económico y correcto de la otorgación del certificado que la autorice, previo pago del aforo correspondiente, efectuando el contralor bioquímico a «posteriori» en el momento que la autoridad sanitaria lo estime conveniente.

Ello permitiría que el trabajo técnico del departamento de contralor bioquímico farmacéutico se desarrollara de manera eficaz y con mayor rendimiento, organizando las actividades periódicamente, para efectuar exámenes en series de preparados similares, por ejemplo: Especialidades conteniendo vitamina B1, llegándose, no solamente a la toma de muestras en farmacias, sino también a la obtención de la misma materia prima empleada en la elaboración, tomándola de los propios laboratorios, con lo que se realizaría un contralor más científico y seguro. También deberá efectuarse un estudio a fondo y detenido de todos los métodos de contralor, adoptando el Instituto los más prácticos y eficaces.

El Departamento de Contralor Bioquímico-Farmacéutico contará con las siguientes secciones:

A) Sección Contralor de Drogas. — Destinada a efectuar el contralor químico de las drogas empleadas en la elaboración de formas medicamentosas, sean éstas especialidades medicinales, fórmulas oficinales o magistrales. Tanta es la importancia de esta sección que en los años 1936 y 1937, se llegó a establecer que un treinta por ciento (30 o/o) de productos expendidos como drogas, respondiendo a las características que establece la Farmacopea Argentina, extraídos de farmacias de la Capital Federal, eran de mala calidad. Más aún: se llegó a poner en evidencia que algunos laboratorios que elaboraban extractos flúidos los vendían a un precio inferior al costo de la droga que empleaban para prepararlos. Las actividades de contralor desarrolladas por el Instituto de Química, permitieron que el porcentaje de malos productos descendiera del 30 o/o al 5 o/o. El contralor de las drogas no solamente debe hacerse en farmacias, sino también en droguerías y laboratorios de especialidades, muy particularmente en estos últimos, haciendo las tomas de muestras de materia prima, en los momentos de elaboración industrial.

B) Sección Exportación. — Para dar cumplimiento al Decreto N.° 32.128-44 y su reglamentación, es necesario crear, dentro del Departamento de Contralor Bioquímico-Farmacéutico, esta sección de tanta importancia para el país.

Los productos medicinales que se exportan, y sobre cuya calidad y pureza el Estado debe velar, se pueden clasificar en tres grupos:

a) Productos codificados en la farmacopea argentina o de otros países.
b) Especialidades medicinales, ya autorizadas por la Secretaría de Salud Pública de la Nación.
c) Productos no codificados, elaborados o semielaborados, que pueden agruparse en varias categorías, como ser: opoterápicos, extractos varios, productos galénicos a granel y especialidades destinadas exclusivamente para la exportación, cuya circulación no se halla autorizada.

Los productos a) y b) no ofrecen dificultades al control bioquímico cuali-cuantitativo, por hallarse codificados o por tener su fórmula declarada.

Es el grupo c) el más numeroso, el que presenta mayores inconvenientes para su individualización, por tratarse de extractos de órganos, bajo forma de pasta o polvos, simples o mezclados en concentraciones diversas, cuyo análisis bioquímico, largo y costoso, podría hacerse más viable y

científico si se practicara la tipificación del producto para cada exportador, previa a todo trámite de exportación.

La tipificación significa establecer para cada producto, de cada fabricante, las líneas generales de técnica de elaboración, declaración de concentración real, fijándose por el análisis bioquímico constantes fisicoquímicas y biológicas características de cada concentración que permiten establecer, en cualquier momento, el engaño o la adulteración.

Cualquier variación en la técnica de elaboración que pueda alterar las constantes físico-químicas, deberá ser declarada, estableciéndose la nueva tipificación.

En el capítulo de nuevos derechos arancelarios se establecerá una cuota pequeña sobre la mercadería a exportar, que podría proporcionar una suma apreciable anualmente.

C) Sección Insecticidas y Desinfectantes. — Debe dotarse a esta sección de todos los elementos modernos que permitan establecer, con riguroso método científico, la actividad de un insecticida o substancia desinfectante.

D) Higiene Industrial y Toxicología. — Debe dársele a esta sección la amplitud y elementos técnicos indispensables, dada la importancia que ha adquirido la higiene industrial, en relación al rendimiento y capacidad de trabajo de los obreros de la industria. Debe estudiarse una serie de problemas relacionados con la higiene de los ambientes industriales, creando normas científicas y la legislación concomitante destinada a preservar la integridad física y el valor fisiológico del trabajo para el obrero industrial.

E) Sección Artículos de Tocador. — Los artículos de tocador se hallan reglamentados por resolución emanada del ex Departamento Nacional de Higiene del 30 de noviembre de 1931. Debe modificarse esta reglamentación y, en especial, los artículos 4.° y 6.°, estableciendo la obligatoriedad de denunciar la fórmula cuali-cuantitativa de todos los productos de tocador que deben ser sometidos al procedimiento analíticosimilar al de las especialidades medicinales.

Se creará también el instituto de elaboración industrial de materia prima natural o sintética y de antibióticos (Penicilina, Estreptomicina, Tirotricina, etc.), completanto así el ciclo de investigación iniciada en las plantas pilotos del departamento de Investigación del Instituto Nacional de Farmacología y Contralor Bioquímico-farmacéutico.

Comisiones permanentes de asesoramiento

Existe la Comisión Nacional de la Farmacopea, debiendo crearse una comisión mixta para necesidades farmacéuticas y la de Defensa Nacional. La primera intensificará su acción incorporando a la Farmacopea Nacional materia prima de nuestro país, que, como por ejemplo, el Polvo de Datura, por su contenido de Hiosciamina puede reemplazar al de Belladona. Dicha comisión dispondrá de todos los medios técnicos e institutos para el mejor cometido de su función. Una necesidad imprescindible la constituye la Comisión Mixta para necesidades farmacéuticas, que permitirá racionalizar el plan de investigación como el de elaboración de fórmulas oficinales y especialidades medicinales, de acuerdo a las necesidades asistenciales de la lucha antituberculosa, antipalúdica, antianquilostomiásica, etc., etc.

La Comisión de Defensa Nacional tiene primordial importancia y debe elaborar un plan a ejecutar que conduzca a descentralizar las fuentes de elaboración medicamentosa, depósitos de distribución, creando depósitos de materia prima crítica para estados de emergencia, sulfonamidas, antibióticos, plasma desecado, etc., etc., régimen y dispositivos de potabilización de aguas, así como depósitos de elementos médico-quirúrgicos y medicamentosos, protegidos contra las armas tácticas de la guerra moderna.

Todo este vasto plan a ejecutar de organización, creación de institutos de investigación y contralor, así como la reglamentación de las diversas funciones de inspección a desarrollar van dirigidas a prestar un inestimable servicio económico-social a la población de la República, poniendo al alcance de los habitantes más necesitados una asistencia médica integral (clínico-medicamentosa) libre de cargos, facilitando a los habitantes de recursos limitados la adquisición de medicamentos a precios que no incidan de manera gravosa sobre el presupuesto familiar, y creando un régimen de prevención y represión, que asegure el fiel cumplimiento de las disposiciones sanitarias, que reglamenten la actividad bioquímico-farmacéutica de la Nación.

Relación con el proyecto de Código Sanitario

Hasta tanto sea sancionado el Código Sanitario, sólo se autorizará la apertura o transferencia de farmacias en todo el territorio de la Nación, cuando ellas se hallen a cargo de farmacéuticos egresados de Universidad Nacional, o revalidados en la misma, los que deberán ser propietarios y directores técnicos de dichos establecimientos. El régimen legal del ejercicio farmacéutico, verdadero servicio público, debe ser contemplado con criterio jurídico uniforme en todo el territorio de la República, a objeto de evitar que las legislaturas provinciales dicten leyes que, contraviniendo la

Ley Nacional N.º 4.687, autoricen a personas que no posean el título de farmacéutico, no sólo a ser propietarias de farmacias, sino también a suplantar a dicho profesional en tareas técnicas que son de su exclusiva incumbencia y por períodos de tiempo que son inaceptables, debiendo establecer, de manera uniforme, en todo el país, que el profesional farmacéutico debe ser dueño y director técnico de su propio instrumento de trabajo, la farmacia, y que solamente podrá ser sustituído por otro profesional. En cuanto al personal auxiliar, cooperará en tareas técnicas que le asignará el farmacéutico.

Siendo la farmacia un establecimiento reconocido como servicio público y afectado al interés sanitario de la población, se establecerá un régimen de nuevas aperturas, teniendo en cuenta las necesidades sanitarias regionales, en la proporción en términos generales de una farmacia por cada 3 a 4.000 habitantes, con un exceso del 60 o/o sobre esta cifra cuando se trate de la planta urbana de las ciudades del país. La proporción de habitantes será menor cuando se trate de pequeños poblados sin servicio farmacéutico. En cuanto al régimen de traslados de farmacias, deberán autorizarse los mismos solamente cuando lo sean hacia localidades de menor población, para evitar la excesiva concentración de locales farmacéuticos en zonas pobladas mientras carecen del mismo servicio pequeños poblados. Cuando hubiere en una zona escasez de locales, dentro del perímetro de población, considerado como mínimo para la supervivencia económica del servicio farmacéutico, en caso de demolición del local, solamente se autorizará la misma siempre que el nuevo local sea reservado para la farmacia.

Para que el régimen de ubicación de servicios farmacéuticos responda a un sano criterio distributivo, teniendo en cuenta, primero, el interés sanitario de los habitantes, así como también el aspecto económico del mismo, los gobiernos provinciales, a través de sus respectivas autoridades sanitarias, levantarán un censo de todas las farmacias comprendidas en su jurisdicción, discriminando: nombre y ubicación de la farmacia, línea ferroviaria que la sirve, cálculo de la población urbana, nombre y título habilitante del propietario, índice sanitario, así como características económico-industriales de la zona.

Se establecerá un mapa con las necesidades farmacéuticas a llenar, debiendo la Secretaría de Salud Pública llamar a inscripción de farmacéuticos que deseen ejercer en las diferentes localidades, adjudicándose las autorizaciones a aquellos profesionales que acepten prestar este servicio, bajo el sistema de semisocialización farmacéutica, el que deberá regirse por las siguientes bases:

a) Las autoridades sanitarias provinciales tendrán a su cargo la tarea de conseguir la habilitación, en la localidad

respectiva, de un local cuyas condiciones se presten para el establecimiento de la farmacia cuya necesidad sea requerida.

b) La Secretaría de Salud Pública de la Nación, previa la adjudicación del servicio de concesión, procederá a adquirir y remitir al punto de destino todos los elementos, aparatos, útiles y enseres necesarios para librar al servicio público la farmacia proyectada; materiales que serán entregados al farmacéutico autorizado, bajo inventario suscripto en duplicado. Podrá, igualmente, hacerse entrega al profesional de la suma de dinero que sea estipulada oportunamente, para solventar los gastos que se originen previamente a la apertura.

c) La suma resultante de la provisión de elementos para la instalación y apertura del servicio farmacéutico, será facilitada al solicitante, previa intervención de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, por el Banco de Crédito Industrial y será reembolsada por el profesional en un plazo no mayor de veinte años, con un interés módico y en amortizaciones trimestrales, a partir de la fecha de apertura del servicio farmacéutico.

Los farmacéuticos autorizados a ejercer, de acuerdo al contrato de concesión, percibirán por parte del Estado y por intermedio de la Secretaría de Salud Pública una subvención mensual compensatoria y en relación al medio científico-económico en que deban actuar, que podrá establecerse respondiendo al siguiente criterio. Por ejemplo:

	Mensuales
En poblaciones de hasta 800 habitantes de planta urbana	$ 1.000
En poblaciones de 800 hasta 1.000 habitantes, en planta urbana	„ 900
En poblaciones de 1.000 hasta 1.500 habitantes en planta urbana	„ 800
En poblaciones de 1.500 hasta 2.000 habitantes en planta urbana	„ 700
En poblaciones de 2.000 hasta 2.500 habitantes en planta urbana	„ 600

Cada tres meses, previo aviso del Banco de Crédito Industrial, la Secretaría de Salud Pública de la Nación retendrá, otorgando recibo, la cuota de amortización trimestral por gastos de instalación, girando al farmacéutico el saldo de la subvención mensual y aportando al Banco el importe retenido.

Este sistema de establecimiento de servicios farmacéuticos contemplando las necesidades sanitarias de la población, se denominará concesión del Estado, bajo la sigla «Codelesta», debiendo man-

tener la autoridad nacional una superintendencia directa sobre el mismo, aunque el préstamo de instalación haya sido totalmente amortizado y hasta tanto la población urbana no sobrepase la cantidad de tres mil habitantes, momento en que la subvención mensual quedará totalmente suprimida.

Los profesionales que acepten la concesión «Codelesta» quedarán, de hecho, comprometidos a guardar un comportamiento ético ejemplar en el desempeño del servicio farmacéutico y la comprobación de faltas a estas normas provocará la cesación de «Codelesta» por parte de la autoridad nacional, perdiendo el profesional los aportes efectuados, debiendo ser reemplazado por otro colega en las mismas condiciones.

Toda transferencia de farmacias sometidas al régimen de «Codelesta» se efectuará por intermedio de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, quien sacará a concurso la oferta, aceptando la que a su juicio resultare más conveniente. El exceso de precio por mercaderías o por mejoras introducidas, previo inventario oficial, deberá ser abonado al profesional que se desprenda de la «Codelesta» adquirida.

En los rótulos, etiquetas y demás leyendas y membretes de estos establecimientos, deberá figurar: nombre de la farmacia, el de la localidad donde actúa, nombre y título habilitante del profesional y a continuación «Concesión del Estado N.°...» Esta última parte podrá suprimirse al cesar la subvención mensual y siempre que la localidad supere el mínimo de 3.000 habitantes.

ORDEN DE PRELACION

Plan de construcción de Institutos de Investigación

Dentro del Plan Quinquenal de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, la Dirección de Farmacia Bioquímica e Industria Farmacéutica tiene asignada una tarea constructiva y de habilitación de Institutos de investigación y plantas industriales cuya prioridad en construirlos y habilitarlos nos lleva a emitir algunas consideraciones de interés en relación a la finalidad del mismo Plan Quinquenal sanitario que es la de «poner al alcance de la población con escasez o carente de recursos, todos los medicamentos necesarios para el mejor cuidado de la salud, a bajo costo o gratuitamente, dentro del criterio de que la función asistencial a cargo del Estado debe ser gratuita, completa, rápida y eficiente».

Es por ello que consideramos que, atento a la finalidad expresada, el primer edificio a construir debe ser la Planta de Fabricación de Medicamentos, propósito que debe ponerse en marcha al

comenzar el año 1947. Actualmente existe una planta industrial de elaboración de medicamentos que funciona anexa al Instituto de Química, pero que carece de personal, espacio y elementos industriales suficientes para poder elaborar todos los medicamentos necesarios para satisfacer las necesidades asistenciales de la Secretaría de Salud Pública de la Nación. Esto implica que, en las condiciones actuales, el Estado carece del resorte industrial necesario para poner al alcance del 65 o/o de la población y de manera gratuita, los medicamentos destinados a completar el ciclo asistencial, que comienza en el hospital con el examen del enfermo, pero que en la práctica queda habitualmente interrumpido por el elevado costo de lo que se denomina «especialidad medicinal». Se podría aumentar la producción de dicha planta industrial, habilitando el subsuelo de la Farmacia del Hospital Nacional Central de Tuberculosos, pero aún así, estaríamos lejos de la solución del problema, que es de una magnitud tal, que solamente dando prioridad constructiva a la Planta de Fabricación de Medicamentos, podría llegar a su solución total, en un plazo relativamente breve.

La Planta de Fabricación de Medicamentos contará, en lineamientos generales, con: a) Departamento de elaboración de productos galénicos; b) Departamento de elaboración de productos opoterápicos; c) Departamento de obtención industrial de materia prima natural o sintética; d) Departamento de Droguería y expedición.

DEPARTAMENTO DE ELABORACION DE PRODUCTOS GALENICOS

Comprenderá las siguientes secciones:

a) Sección comprimidos, grajeas, polvos y granulados, con pieza-secadero.
b) Sección Jarabes, tinturas, extractos, energétenos, intractos, licores oficinales, etc.
c) Sección pomadas y formas medicamentosas para uso externo.
d) Sección Inyectables, con ambientes para lavado y secado de ampollas y frascos-suero, preparación de las soluciones, envase, cierre, cámara fría y cámara de esterilización.
e) Laboratorio de farmacotecnia, destinado a investigación, para el perfeccionamiento de las diversas formas farmacéuticas, en cuanto a su conservación y estabilización.
f) Sección para obtención de agua bi y tridestilada.
g) Sección empaque.

DEPARTAMENTO DE ELABORACION DE PRODUCTOS OPOTERAPIOS

Comprenderá la sección almacenamiento al frío, selección de órganos destinados a la elaboración, desecación al vacío, obtención de

concentrados, partiendo del órgano fresco o desecado; envase, control de esterilidad y cámara con refrigeración para conservación del material elaborado. El contralor biológico se efectuará en la sección Farmacología, dependiente de la Dirección de Farmacia, Bioquímica e Industria Farmacéutica, hasta tanto se construya el Instituto Nacional de Farmacología y Contralor Farmacéutico.

DEPARTAMENTO DE INDUSTRIALIZACION

En la construcción de la Planta Nacional de Fabricación de Medicamentos, debe preverse una amplia superficie destinada a instalar los equipos modernos necesarios para la elaboración industrial de substancias medicamentosas de origen natural o sintético, obtenidas, previamente, en las plantas piloto del Departamento de Quimiosíntesis, del Instituto Nacional de Farmacología y Contralor Bioquímico-farmacéutico a construirse en el año 1948.

Departamento de droguería y expedición

En lugar de construir la droguería central en edificio aparte, y teniendo en cuenta la función a desempeñar por la misma, que será la de distribuir a las droguerías o depósitos regionales todos los elementos destinados al arte de curar, necesarios para las farmacias de los establecimientos asistenciales, se podría construir un departamento dentro del edificio de la Planta Nacional de Fabricación de Medicamentos, destinados a dicho fin (droguería central) con las ventajas emergentes del ahorro en la construcción, centralización de actividades afines, y en tercer lugar de que, una parte del Departamento de Droguería sería destinada a depósito de materia prima, comprada o elaborada en el futuro por el Departamento de Quimiosíntesis del Instituto Nacional de Farmacología y Contralor Bioquímico-farmacéutico, dependencia ésta que deberá actuar en coordinación con el departamento de Industrialización de la Planta de Fabricación de Medicamentos de manera que se encuentren coordinadas y facilitadas todas las tareas que se refieren al almacenamiento de materias primas, elaboración de medicamentos, depósitos de medicamentos elaborados y distribución de los mismos a las droguerías regionales.

El Departamento de Droguerías y Expedición contaría con las siguientes dependencias:

a) Sección almacenamiento de materia prima.
b) Sección almacenamiento de medicamentos elaborados, así como todos los elementos destinados al arte de curar (vendas, gasas, apósitos etc.).
c) Sección expedición y embalaje.

Sería conveniente y deberá incluirse, dentro del edificio de la Planta de Fabricación de Medicamentos, el Departamento de Fabricación de Envases, muy particularmente, ampollas, con ventaja de índole científica y económica, en virtud de la gran actividad què tendrá que desarrollar la Planta de Fabricación de Medicamentos.

El segundo Instituto a construirse deberá ser el de Farmacología y Contralor Farmaceútico, cuyo comienzo puede iniciarse en 1948. La ubicación de este Instituto en el plan de 1948, se justificaría por las siguientes razones:

a) Los resultados de la investigación científica con vistas a la obtención de materia prima medicamentosa, natural o sintética son, a largo plazo, mientras la necesidad de medicamentos para la mayoría de la población, con nulo o escaso poder adquisitivo, es «inmediata».

b) Las funciones de contralor bioquímico-farmacéutico a desarrollar por el Instituto Nacional de Farmacología y Contralor Bioquímico-farmacéutico, serán efectuadas, mientras tanto, por el actual Instituto de Química, cuyo rendimiento cuali-cuantitativo puede aumentarse, proveyéndolo de algunos elementos materiales y humanos, que indudablemente son necesarios, de manera que aun en este aspecto no habría ningún problema que resolver.

El tercer Instituto a construir, deberá ser la Planta de Antibióticos, y consideramos que los siguientes factores justifican esta ubicación.

a) Las posibilidades de obtención de nuevos antibióticos son quizá amplias.

b) Actualmente, el aprovisionamiento de Penicilina, Tirotricina (subtancia antibiótica), ésta última elaborada por un laboratorio argentino, es satisfactorio y cubre sin angustias las necesidades médicas. En cuanto al aspecto económico, su precio ha descendido gradualmente hasta hacerse accesible a cualquier enfermo, y es probable que descienda aún más.

c) La Estreptomicina, aparentemente un problema por su escasa producción y elevado costo, en plazo no lejano seguirá la evolución de elaboración y precio que hemos presenciado con la Penicilina.

d) Aquí creemos que reside quizá la razón fundamental, en construir la Planta de Antibióticos en 1949 y es la de que, en materia de antibióticos, estamos en plena etapa experimental evolutiva, y no sería difícil, que entre los años

1947 y 1948, se obtengan algunos de estos antibióticos de manera sintética, lo que cambiaría completamente el planteo de su industrialización en el terreno científico y económico. Creemos que convendría esperar, dado que todo induce a pensar que, mientras tanto, el problema del abastecimiento de antibióticos se ha de desarrollar sin tropiezos.

CAPITULO VIII

PROTECCION A LA MADRE Y AL NIÑO

Propendemos a que la mortalidad infantil disminuya sin que la natalidad descienda paralelamente. La DESPOBLACIÓN *resulta de un desequilibrio y de una modificación divergente de ambas cifras. El plan de protección a la madre y al niño, tiende a combatir la desnatalidad, la mortalidad infantil y, por ende, la despoblación.*

La protección del niño, a través de la madre, ha transformado desde hace muchos años el criterio de otra época. No se concibe hoy proteger al niño, después del nacimiento, como algo separado de la madre, ni se concibe tampoco proteger la maternidad, limitando esa protección al acto del parto.

La evolución del criterio en estas cuestiones ha sido consecuencia de la apreciación de los índices de mortalidad y morbilidad materna, de mortinatalidad, mortineonatalidad y mortalidad infantil. La mortalidad infantil durante los primeros doce meses de vida, acusa índices alarmantes entre nosotros. Considerando que un «índice bajo» es el que no alcanza al 40 por mil; «moderado» entre 40 y 70 por mil; «alto» entre 70 y 100 por mil y «muy alto», el superior al 100 por mil, impresionan nuestros índices que oscilan, según las regiones del país, entre 54 por mil y 300 por mil.

En 1943, de cada 1.000 niños nacidos vivos, murieron 106 en los primeros 10 años, y si discriminamos con respecto a los primeros quince años, nos encontraremos con que de cada 1.000 nacidos vivos, 163 mueren en los primeros doce meses; entre 1 y 5 años, muere un 51 por mil, entre 5 y 10 años, un 14 por mil y entre 10 y 15 años, un 15 por mil. Si apreciamos la mortalidad en los primeros 15 años, en proporción con la mortalidad general, encontramos que por cada 1.000 muertes, 244 corresponden a aquel período.

En la Ciudad de Buenos Aires, en 1898, morían 140 niños antes del año, por cada 1.000 nacidos vivos. Hoy, sólo mueren 50, como consecuencia de la mejor protección materno-infantil.

Considerando en forma global la mortalidad hasta los veinte años de edad, puede decirse que más de un tercio de los que nacen, mueren antes de esa edad, y si se tiene en cuenta que la revisión médica previa a la incorporación del ciudadano al servicio militar, rechaza entre 40 a 100 por ciento de hombres de veinte años, puede decirse que de 100 seres que nacen vivos sólo 30 representan a los 20 años un saldo positivo, con buena salud.

Estas cifras señalan la importancia que tiene para la Nación la pérdida de vidas, que se sustraen al rendimiento y al progreso económico del país, y obligan a adoptar medidas urgentes para disminuir los índices de mortalidad infantil.

El Plan Quinquenal de Protección a la Madre y al Niño, encara la solución de estos problemas en forma tan amplia, que no sólo por primera vez se dará satisfacción a las disposiciones de la ley 12.341 sancionada hace diez años, sino que en muchos aspectos se supera el alcance y propósito de dicha ley.

El Plan Quinquenal contempla la protección de la madre y el niño, a través de una amplia etapa de la vida, y respeta el postulado fundamental de proteger al niño a través de la madre y proseguir esa protección sin apartarlo de ella.

El niño, durante el primer año, muere generalmente por causas evitables, inmediatas muchas, pero mediatas y alejadas en el tiempo, otras. Todas estas causas son combatidas mediante una correcta protección preconcepcional, prenatal, intranatal y postnatal, como se analiza más adelante.

De cada 100 niños que mueren en el primer año de vida, 71 mueren en el primer semestre y 29 en el segundo. De los 71 que mueren en el primer semestre, 51 casos ocurren en el primer trimestre, y 20, el segundo.

Las «causas de muerte infantil en el primer año», se agrupan en causas determinadas e indeterminadas. Entre las primeras se encuentran: causas congénitas y obstétricas: 25 %; causas infecciosas: 34 % y alimenticias: 33 %. Las muertes por causa indeterminada, dan un porcentaje de 20-23 %.

Organizar y Promover Legislativamente la Protección Jurídico-Social de la Madre

Para que la maternidad no sea jamás una carga sino un deber cuyo cumplimiento esté asegurado por el Estado para el bien y el progreso de la Nación, la Secretaría de Salud Pública, en acción armónica y solidaria con el Poder Legislativo, organizará y promoverá la protección jurídico-social de la mujer. Esta protección en muchos puntos ya está prevista por nuestros Códigos Civil y Penal,

mediante medidas y reglamentaciones dictadas por la Secretaría de Trabajo y Previsión, y por las leyes dictadas en distintas épocas por el Congreso de la Nación, pero es posible, con beneficio para la mujer, rever y completar esas leyes, disposiciones y reglamentaciones, a fin de constituir un cuerpo jurídico-orgánico y completo que satisfaga la finalidad señalada.

La Secretaría de Salud Pública propugna desde el «punto de vista de la protección civil» la denuncia obligatoria del embarazo; la tutela de la mujer menor, soltera y embarazada; reconocimiento de los derechos de la menor por el hecho de ser madre; reconocimiento de hecho, del hijo por la madre; derechos del hijo ilegítimo; ley de adopción; investigación de la paternidad; tutela por el Estado, de los hijos de padres sin recursos, enfermos, incapacitados, y de hijos abandonados, etc.

Desde el «punto de vista penal», considera necesario reforzar la represión del aborto y otros delitos (rapto, estupro, violación, etc.); reprimir severamente la instigación y explotación de la prostitución; declaración obligatoria del aborto; represión de la propaganda anticoncepcional, etc.

La protección desde el «punto de vista social», debe garantizar préstamos para contraer matrimonio, prestación de asistencia domiciliaria; hogares maternales de llanura, sierra o montaña, para madres débiles o convalecientes; exención de impuestos a las familias numerosas; aumento de la tasa de salario familiar, hasta que los hijos alcancen 15 años de edad; subsidios por parto, nacimiento y lactancia; colocación familiar de madres y niños; enseñanza de principios básicos de higiene a la embarazada y a la madre reciente; extensión del beneficio de las vacaciones a toda madre sujeta a horario de trabajo, y promoverla en las provincias, etc.

De este modo, podrá adquirir un carácter orgánico y racional la protección jurídico-social de la mujer y de la madre, con lo cual se estará protegiendo al hijo.

Construcción de Maternidades y de una Red de Sistemas Auxiliares

La protección de la madre y el niño «desde el punto de vista técnico», exige la construcción inmediata de maternidades y medios auxiliares que de ella irradian, o a ella convergen.

En este sentido, la Secretaría de Salud Pública ejercerá una protección médico-social de la madre y el niño pertenecientes a la población general, y otra, en virtud de la creación de un régimen mixto con la Caja de Maternidad dependiente del Instituto Nacional de Previsión Social, orientada a ofrecer perfecta asistencia médicosocial

a las mujeres afiliadas a la Ley 11.933, que se calculan en más de 500.000 en todo el país.

Doble acción que incide en definitiva sobre las madres y niños de nuestro país.

Dada la exigüidad actual de organismos de asistencia materno-infantil, la obra a cumplir debe extenderse lógicamente a todas las provincias y territorios nacionales, pero no es lógico ni posible que esta obra se inicie simultáneamente en todo el territorio de la Nación, porque hay grados de necesidad médica y social que deben contemplarse.

Esos grados están representados para la población general por los índices de mortalidad infantil, y para las afiliadas a la Caja de Maternidad, por los núcleos de mayor densidad de mujeres empleadas y obreras.

Por ello, la Secretaría de Salud Pública considera necesario iniciar la acción por aquellas provincias y territorios nacionales donde la mortalidad infantil alcanza cifras mayores, para seguir luego gradualmente con las de menores índices de mortalidad. De ahí, que el Plan Quinquenal resuelva comenzar con las provincias de Jujuy, Salta y Tucumán, cuyos índices respectivos de 300 por mil, 200 por mil y 180 por mil, revelan que son las más castigadas del país. Se seguirá luego con San Juan (151 por mil), Neuquén (150 por mil), San Luis (130 por mil), Río Negro (127 por mil) y La Rioja (127 por mil).

En una tercera etapa: Mendoza (122 por mil), Córdoba (110 por mil), Chubut (107 por mil), Catamarca (106 por mil), Santiago del Estero (101 por mil), y en una cuarta etapa: Chaco, Misiones, La Pampa, Entre Ríos, Santa Fe y Santa Cruz, cuyos índices de mortalidad oscilan entre 88 por mil y 78 por mil.

Buenos Aires, Formosa, Corrientes y Tierra del Fuego, con índices oscilantes entre 75 por mil y 54 por mil, permitirán más fácilmente acercarnos a valores más bajos, recurriendo a medidas y medios de más fácil instalación y organización.

Los mapas respectivos señalan la planificación proyectada indicando las localidades donde se construirán maternidades y medios auxiliares con el cálculo de camas indispensables.

El Plan Quinquenal comprende 15.000 camas a distribuir en todo el país, con el agregado de 2.500 camas comprendidas en la planificación proyectada para Hospitales Generales, lo cual hace un total de 17.500 camas.

La Secretaría de Salud Pública distribuirá estas camas, con el concepto de que «la base de la buena protección de la madre y el niño, la constituye la Maternidad Integral», como centro de asistencia de la mujer, de la madre, del lactante y del niño.

El núcleo central del Plan, es la Maternidad integral. El programa de asistencia técnica y social que debe cumplir este núcleo central, será el mismo, en todas las organizaciones del país, pues no depende del tamaño del edificio ni de la capacidad de locales, es decir, que no es cuestión de forma, sino de fondo, concebida con espíritu de bien colectivo.

Todo servicio de maternidad será técnico y social al mismo tiempo. Técnico, para garantizar una buena asistencia médica, y social, para asegurar la protección social de la madre y el niño. La misión de la Maternidad, puede alcanzar así una extensión integral, que hoy, salvo honrosas excepciones, no ha alcanzado. Será un centro de protección de la madre y el niño, cuyos beneficios alcanzarán a todas las etapas: pre-concepcional, pre-natal, intra-natal y post-natal, hasta la edad pre-escolar inclusive. Centro de todos los recursos de protección social, estará conectada con todas las organizaciones que en ella no quepan, pero que de ella dependerán, recibiendo las directivas y los elementos de asistencia técnica y social, capaces de garantizar la protección integral de la madre y el niño. Los beneficios de la Maternidad se propagarán así a distancia, vinculándose con todas las fuerzas auxiliares que concurren solidariamente a hacer más amplia la obra de previsión y asistencia médico-social.

Como servicio técnico y social del plan proyectado, será «integral», porque protegerá a la madre y al niño, «suficiente», porque contempla las exigencias de ambos, «necesario», porque lo exige el mejoramiento de la raza, y «realizable», porque se cuenta con recursos y hombres decididos a cumplir su programa de acción.

«Será centro de eugenesia, asistencial, educativo y de propagación y divulgación de principios de higiene médica, social y moral»

Creará un personal especializado y humanizado, defensor y divulgador de principios de justicia social para la madre y el niño. Como centro de asistencia técnica, será una «clínica integral» de Obstetricia, Ginecología, Puericultura e Infancia, con sus correspondientes secciones: asilo común para la higiene y vigilancia médica del embarazo normal, y descanso para la embarazada sana, de acuerdo con el precepto que indica reposo en los últimos meses del embarazo; asilo para asistencia de la embarazada enferma; locales apropiados para la asistencia del parto, de las embarazadas asiladas, así como de aquellas que ingresan con urgencia del público o de la asistencia domiciliaria; de asilo común para la puérpera y el recién nacido, durante la primera convalecencia del puerperio; de una sección aislamiento, para la asistencia de casos infectados (embarazo, parto, puerperio, recién nacido y enfermas de ginecología); de una sección para enfermas ginecoló-

gicas y asistencia clínica y fisioterápica de las mismas; de salas de operaciones para el tratamiento quirúrgico de casos obstétricos, ginecológicos y de pediatría; de sección incubadora para los niños prematuros y débiles; de consultorios externos de Obstetricia, Ginecología y Puericultura, con Gota de Leche anexa y Lactario; de dispensarios anexos; antiluético, antiblenorrágico, antigología, etc., en ciertas regiones se tendrá presente la patología tuberculoso, etc.; de servicios anexos de Odontología, Otorrinolarinregional, dedicándose una sección para la lucha antipalúdica, antiparasitaria, etc.; de consultorio prenupcial; de asilo de lactantes enfermos, solos o con la madre; de servicio de asistencia obstétrica domiciliaria; de guardia obstétrica y de servicio de internación, convenientemente separado para niños de primera infancia y segunda infancia, enfermos.

Como centro de asistencia social, la Maternidad será una «Maternidad refugio», con dos asilos o refugios para la mujer desamparada: un «refugio para embarazadas» desamparadas, y un «refugio para madres con sus hijos». Contará, además, con un «asilo de lactantes», solos o con sus madres sanas. La acción social se confiará también a organismos que pueden hallarse fuera del local de la Maternidad aunque bajo su dependencia y vigilancia. Esto es aplicable a los «refugios» recién señalados, y además, a las «cantinas maternales», a «salas-cuna» de fábricas o industrias cercanas, a «crèches», a «pouponniéres» y jardines de infantes. También la acción social se confía a los «Centros Ambulantes» de dependencia indirecta, por intermedio de los «Centros Materno-infantiles», subordinados a las Maternidades. Todos estos medios auxiliares, de ubicación externa, con respecto a la Maternidad, estarán bajo la fiscalización técnica y social de la misma, por medio de sus médicos, visitadoras, dietistas y enfermeras, y para todos ellos se dictará una reglamentación que contemple su organización, funcionamiento y alcance técnico-social.

MEDIOS AUXILIARES DE PROTECCION

1) «Refugio de Embarazadas»: Puede encontrarse ubicado en local cercano a la Maternidad o a un centro materno-infantil. Recibe a la futura madre desamparada, en cualquier época del embarazo y la protege moral y materialmente en forma de abrigo discreto. Tendrá el cáracter de «hogar-taller», porque en él se enseñará economía doméstica, costura, lavado, planchado, cocina, etc., y se aplicará a las mujeres en pequeños quehaceres bajo la dirección de visitadoras, asistentes sociales y profesoras. Se combatirá el analfabetismo, mediante clases de idioma nacional, a cargo de profesoras. El «Servicio Social», se encargará desde un

principio, de confeccionar la «ficha social» correspondiente, para buscar la solución del caso, en lo referente a legalización de uniones ilegítimas, socorro al resto de la familia, colocación de otros hijos menores, mejoras de las condiciones de vida de la internada, ayuda a familiares enfermos, reconocimiento del hijo, etc. La admisión de la embarazada en el refugio, se realiza sin exigir condiciones de estado civil, religión o raza.

La Maternidad o el centro materno-infantil fiscalizará el funcionamiento, condiciones sanitarias y acción social del refugio por medio de sus médicos y visitadoras.

En el momento del parto, la atención se realizará en la Maternidad, disponiéndose el traslado de las embarazadas, de acuerdo a la distancia y el momento oportuno.

2) «Hogar Maternal»: Está comprendido dentro del refugio para embarazadas. Pasada la primera convalecencia del puerperio, la Maternidad acuerda el alta, y la madre con el hijo sano, vuelve al refugio si es que subsiste el problema social que la hizo ingresar en él.

Si la puede asilar la Maternidad, queda en ella, si no va al refugio que depende de la Maternidad, y que adquiere entonces el nombre de Hogar Maternal. El refugio no fija límite a la estada de la madre en él. Todo se subordina a la solución del problema social. La madre sigue recibiendo los beneficios del hogar-taller y ella y su hijo, son vigilados por médicos, visitadoras y enfermeras de la Maternidad o del centro materno-infantil.

3) «Cantinas Maternales»: Habrá maternidades que puedan destinar un local para cantina maternal. De no ser así, la cantina se instalará en local cercano a la Maternidad o al centro materno-infantil. Serán fundamentalmente restaurantes gratuitos para embarazadas de más de cinco meses y para madres. No se les exige ninguna condición para obtener el beneficio, basta que una Maternidad o centro certifique la edad del embarazo o que la madre amamante a su hijo. Puede autorizarse a las madres a retirar y llevar la comida a sus casas. Las cantinas estarán fiscalizadas por personal técnico de la Maternidad, o del centro cercano, a fin de disponer que las mujeres cumplan con las exigencias del cuidado prenatal y post-natal, así como orientar a las madres hacia los consultorios de puericultura e infancia.

4) «Asistencia Domiciliaria»: Es prestada por las Maternidades y centros materno-infantiles. La visitadora social, con la colaboración de enfermeras, estudia el ambiente familiar, y funda la autorización para prestar el servicio a domicilio. De ese modo, se prestará asistencia prenatal y posnatal de las embarazadas sanas y las madres sanas, con hijos sanos o enfermos. Se vigilará el cumplimiento de las normas higiénicas impartidas, de la aplicación de

indicaciones terapéuticas, y por lo menos, una vez al mes, la embarazada o la madre con el hijo deberán concurrir a los consultorios de la Maternidad o del centro. La asistencia domiciliaria será periódica, a fin de poder indicar oportunamente la internación de la embarazada o del niño en la Maternidad. La asistencia intra-natal será reglamentada y concedida sólo por excepción, ante exigencias sociales (hogares con el jefe enfermo o sin trabajo; posible desmembración; etc.) porque desde el punto de vista técnico esa asistencia es objetable. Las Maternidades y centros llevarán un registro especial de la asistencia domiciliaria, y de las causas que la indiquen.

5) «Hospitales Materno-Infantiles»: Son aquellos que dotados de 40 camas, y distribuídos por el país, de acuerdo con los planos que se incluyen más adelante, reproducirán en pequeño la acción médico-social de las Maternidades.

6) «Hospital de Lactantes»: Anexo a las Maternidades, pero independiente de ellas, el «hospital de lactantes», será una innovación en nuestro país, donde hasta ahora, hasta los grandes centros, carecen de él. Se propicia para las ciudades capitales y grandes núcleos de población, el hospital de lactantes, para asistencia del lactante enfermo, previendo su internación con la madre sana, para cumplir el postulado de asegurar los cuidados de la madre para el hijo, y garantizar la alimentación natural.

La asistencia médica del lactante enfermo, es tan especializada en su rutina que no puede ser comparada al de ninguna otra edad. Es la época en que el niño no habla todavia. Es la época en que el desarrollo y crecimiento es tan veloz, que duplica su peso normal de nacimiento en apenas 5 meses, rapidez de crecimiento y diferenciación orgánica que no se repetirá ya nunca más en el resto de la vida. Las enfermedades inciden pues seriamente en esta época, y los trastornos, rastros o secuelas que quedarán después como marcas indelebles, son más frecuentes y posibles.

La técnica de protección y asistencia al lactante también es un asunto de neta especialización y su ritmo y características no son comparables a ninguna de las otras ramas de la asistencia médica, pero sí puede ella extenderse al niño en el segundo año de vida.

Concepto Médico de la Protección al Lactante

Las instituciones que se dediquen a estos fines deben de funcionar en locales propios, pero dentro de zonas que sean comunes a otras instituciones médicas que se dediquen a prestar asistencia médica a hombres, mujeres y niños de segunda infancia (son niños que tienen más de dos años de edad).

La fragilidad del recién nacido frente a la inclemencia común de la naturaleza y la imposibilidad de auto-defensa son tan grandes que su sobrevida depende del cuidado que le prodiguen.

Luego, el desarrollo físico y psíquico que paralelamente es tan gradual y lento exige constantemente el apoyo de los que le rodean y rodearán en toda su vida. El cuidado de la salud y el bienestar de los más pequeños realizado en obras visibles, marcan la ruta de los países civilizados, y de sus índices numéricos se deduce el grado de progreso material y moral alcanzado.

La civilización moderna debe buscar que la mortalidad infantil disminuya sin que la natalidad descienda paralelamente. La despoblación resulta de este desequilibrio.

La protección puericultural realizada exclusivamente en los lugares en que la desnatalidad es progresiva, es protección negativa no solamente de despilfarro fiduciario, sino que también lo es de despilfarro de esfuerzos. Esta ruta equivocada hace que nunca esté el técnico adecuado para dirigir los esfuerzos, y que tampoco pueda formarse el equipo de auxiliares idóneos que han de ejecutar la obra práctica de asistir al niño lactante.

Urge para nuestro país la preparación en la escala conveniente, de hombres y mujeres que luego se han de desempeñar como elementos del ejército sanitario especializado en la asistencia médica del lactante enfermo. Su preparación práctica tiene que ser realizada en el medio natural y por eso creemos que 3.000 camas para lactantes, convenientemente distribuídas en todo el territorio de la República, pueden ser la escuela donde estudie y se prepare este personal vocacional, y además donde se preste asistencia médica adecuada a los niños dentro del año de edad. Ya que como antes recordáramos, la morbilidad y la mortalidad infantiles son todavía muy grandes en nuestro país.

Es necesario complementar las obras ya existentes con el «Hospital de Lactante» y usar para el Hospital de Lactantes los elementos complementarios de las obras ya existentes. Sería perfeccionar sin destruir, gastar sin derrochar, crear sin sustituir.

El Hospital de Lactantes es una institución muy especializada, cuya eficacia ha sido probada mundialmente. Su funcionamiento no es comparable al de ningún otro tipo de hospital. En él se internan temporalmente los niños con sus madres, o con un familiar o solos. En síntesis, la idea es la siguente:

a) Todo niño lactante menesteroso o no, enfermo de un trastorno nutritivo, o de enfermedades infecciosas, durante cuya evolución la dietética y cuidados necesarios no pueden ser suministrados en el hogar, por razones fortuitas o por indigencia e ignorancia, debe ser internado para su correcta asistencia médica, así como también los niños dentro del segundo año de vida que estén en condiciones similares a las enunciadas.

b) La permanencia del niño en el Hospital de Lactantes, durará el tiempo estrictamente indispensable hasta llegar a la curación, mientras tanto la madre irá adquiriendo los conocimientos que se le enseñen para el mejor cuidado higiénico-dietético ulterior del niño, lo que implica afirmar el principio de que un internado de lactantes no es sólo un organismo de asistencia de enfermos, sino que también es un centro de educación popular en el cuidado de la salud de la primera infancia.

La unidad mínima del Hospital de Lactantes está formada por un médico, una nurse jefe y siete enfermeras para atender a 21 lactantes divididos en 7 grupos de 3 niños cada uno. Esto significa que para la asistencia del lactante enfermo internado es necesario una enfermera para cada 3 niños.

Tipos de Hospital.

A) *Hospital Escuela de 400 Boxes Individuales:* Comprende además:

a) Escuela de médicos puericultores. Serán médicos egresados que teniendo más de 22 años y menos de 30, quieran mediante un contrato bienal desempeñar tareas de internos y seguir los estudios especializados.
b) Escuela de enfermeras especializadas, 2 años de estudio, uno de ellos con internado.
c) Escuela de niñeras, 2 años (externado).
d) Escuela administrativa. Para personal femenino vocacional.

B) *Pequeño Hospital de 21 a 100 Boxes Individuales*: Anexado a las maternidades integrales, funcionando dentro de ellas, y que sea escuela para enfermeras especializadas, superiores y niñeras especializadas.

C) *Salas de Lactantes de 10 boxes: En los hospitales materno-infantiles.*

El Hospital Escuela con 400 boxes, de la Capital, será la sede del Instituto Nacional de Protección a la 1.ª Infancia y tendrá una distribución más o menos como la siguiente:

A) *Hospital de Lactantes.* — Es el centro material de la organización. La distribución de equipos de más o menos 20 niños que se repiten hasta completar la capacidad total del edificio, permiten habilitar o suprimir equipos completos de acuerdo a la necesidad del momento, ahorrando tiempo y esfuerzo personal en momentos determinados. Por ejemplo, los mismos equipos con sus locales respectivos pueden servir en distinta épocas para atender distintas epidemias, cosa que no puede hacerse con el actual sistema de salas especiales para determinadas enfermedades infecciosas.

La distribución del hospital se completa en un monoblock de 14 pisos cuyo costo y equipo completo, técnicamente calculado, es de tres millones de pesos.

Todas las habitaciones para aislamiento individual para niños solos y para madres con niños dan al exterior y miran al N. E. Todas disponen de una galería al aire libre donde puede correrse la cuna del niño con sólo pasar la puerta.

Los equipos constan de un médico, una nurse jefe y siete enfermeras para cada 21 niños.

Subsuelo: Talleres, depósitos, maquinaria, etc.

Piso bajo: Equipo de admisión y selección. Dirección Farmacia, Servicio Social. Cocinas, habitaciones de personal subalterno, etc.

Primer piso: Lactarium, Anfiteatro, Capilla, Laboratorios, Radiología y Fisioterapia.

Segundo al séptimo piso: 12 equipos de 21 niños cada uno, en total, 252 cunas.

Octavo al décimo piso: 6 equipos de 11 madres con su niño haciendo un total de 66 cunas, y 66 camas.

Total de cunas, 318.

Undécimo piso: Personal becado del interior del país.

Duodécimo: Nurses jefes y Hermanas de Caridad.

Décimotercer piso: Planta de cirugía y solarium.

Décimocuarto piso: Casa habitación del médico director y su familia y casa habitación del administrador general.

En edificio aparte estará el policlínico de lactantes. (Consultorios externos).

B) *Escuela de Médicos Puericultores.* — Destinada a médicos ya egresados, que teniendo más de 24 años y menos de 30, siendo oriundos de una provincia o territorio nacional donde hayan cursado sus estudios primarios, estando sus familiares radicados durante muchos años y mediando otras circunstancias como para deducir el conocimiento y compenetración del ambiente de su región, serán invitados a desempeñar el cargo.

C) *Puericultura.* — Puede aquí repetirse todo lo expresado en el párrafo anterior.

D) *Centros de Investigación.* — El material de enfermos y de casos sociales, permitirá realizar estudios de provecho a muchos investigadores que actualmente se ven privados de realizar plenamente sus esfuerzos por la dispersión de pequeños y modestísimos centros que pueden servir para realizar ciencia de laboratorio, pero no de estudios de aplicación colectiva y social.

Nunca la investigación científica es un lujo en un país civilizado, es la base de su progreso material y la seguridad del mantenimiento de su integridad a través del tiempo.

E) *Centro de Servicio Social y de Asistencia Social.* — Tendrán por función coordinar y realizar una tarea de orden para el mejor aprovechamiento de toda la ayuda que se presta al lactante enfermos y a sus familiares. Teniendo por base que la encuesta social puede llamarse curiosidad malsana cuando no va seguida, en las situaciones comunes, de la ayuda correspondiente.

F) *Lactarium.* — Estas instituciones distribuídas por distintas zonas de la Capital Federal y que han sido definidas como *Instituciones del Estado, que sin fines de lucro tienen el propósito médico social de extraer, conservar y distribuir el excedente de leche materna, evitando todos los inconvenientes de la lactancia mercenaria,* han resuelto la posibilidad de alimentar sin peligro al lactante internado, especialmente cuando se trata de un prematuro, recién nacido o lactante enfermo. Este alimento es uno de los elementos que impide que las salas de lactantes sean «necrópolis».

Se puede llamar al Lactarium el primer eslabón de la cadena de las obras de protección a la infancia. Esta organización así integralmente concebida ha nacido en nuestro país.

Este Instituto Nacional de Protección a la 1.ª Infancia tendrá una filial en Córdoba, la hoy Escuela de Puericultura de Córdoba, que ha demostrado en los años que lleva actuando los beneficios que rendiría a la 1.ª infancia enferma.

7) CENTROS MATERNO-INFANTILES. — Son organismos mixtos de protección prenatal y posnatal. Es un recurso esencial para el medio rural y los pequeños núcleos de población. No necesitan un gran local para funcionar, les basta con un consultorio para Ginecología y Obstetricia, consultorios para Puericultura e Infancia, una cocina de leche y alimentos para el niño, dormitorios para la partera y la enfermera dietista, servicios sanitarios y sala de espera. Debe depender de la Maternidad más próxima a los efectos del contralor técnico y social. Los médicos son externos, pertenecen a la Maternidad y cumplen una tarea prefijada por rotación. El centro materno-infantil, está vinculado con la asistencia domiciliaria, con las cantinas maternales, con los centros ambulantes, remite embarazadas y madres con hijos a la Maternidad, vigila al recién nacido, al lactante y al niño, vigila la colocación familiar de madres y niños, así como las «crêches» y «pouponnières» que puedan existir en sus cercanías y que le fije la Maternidad, que es quien da las directivas y orientación. La ubicación del centro materno infan-

til debe ser objeto de un serio estudio. Su implantación cerca de las Maternidades, o en ciudades o pueblos con medios de comunicación fáciles, es un contrasentido que contraría los fundamentos de su creación. Esos fundamentos se han desnaturalizado en gran parte, hasta ahora.

El centro materno-infantil y los centros ambulantes, son los últimos eslabones de la protección a la madre y el niño, y su acción es propia del medio rural y no urbano.

8) Centros ambulantes: — Recursos de confín, dependientes de Maternidades o de centros materno-infantiles, propios de países de gran extensión y población poco densa.

Montados en vehículos apropiados para la región correspondiente, están dotados de todos los elementos necesarios para diagnóstico y tratamiento de urgencia. Llevan un médico y partera en funciones de visitadora. Dependen y salen de una Maternidad o centro materno-infantil, con recorrido, días y horas de salida prefijados. Prolongan la acción técnica y social de la Maternidad. Desde el punto de vista técnico, descubren el embarazo, aconsejan a la mujer, dan nociones de higiene, deciden el traslado a las Maternidades, impulsan a la concurrencia a las Maternidades y centros, de las mujeres y los niños, examinan los niños, enseñan a preparar alimentos, suministran medicamentos y alimentos para niños, etc. Desde el punto de vista social, estudian las condiciones del ambiente familiar (económicas, morales, familiares, infecciosas, número de hijos, facilidades de comunicación, etc.), socorren a la madre desamparada, con ropas, alimentos, etc.; internan en refugios de embarazadas, buscan regularizar estado civil, tramitan reconocimiento de hijos, etc., etc. Difunden principios de enseñanza y propaganda impartidos por las Maternidades (volantes, folletos, libros, etc.).

9) Centros rurales de colocacion familiar. — Son recursos propios del ambiente rural, que deben ser propiciados por las Maternidades y los centros materno-infantiles. Mediante el pago de primas, y a veces sin ello, se colocan las embarazadas desamparadas en casas de familia, chacras, estancias, etc., para que puedan proseguir tranquilamente su embarazo. Los dispensarios materno-infantiles y los dispensarios ambulantes garantizan su asistencia técnica. Oportunamente son internadas en las Maternidades para atender su parto. Ya madres, si no se benefician con el hogar maternal y persiste el problema social, se las vuelve a colocar en ambiente familiar.

Otras veces, este recurso es válido para el niño, que debe alejarse temporariamente de su madre enferma o del ambiente familiar propio, infectado o infectante (tuberculosis). Esta colocación

familiar del niño que se puede hacer hasta los cinco años de edad, es de carácter individual, porque hay otros organismos de carácter colectivo, como la «pouponnière», propia del ambiente urbano y suburbano. Los niños son llevados semanalmente a la Maternidad o al centro para ser examinados por el pediatra. Se benefician los niños «colocados», y los hijos de las familias que los reciben porque a todos llega la influencia educativa, técnica y social del dispensario y las visitadoras.

10) «Creches». — Se trata de instituciones destinadas a los núcleos de población industrial u obrera, urbana o suburbana, que atienden a los de madres obreras o empleadas en las horas que dura el trabajo. Dependerán de las Maternidades y centros materno-infantiles a los efectos técnicos y sociales. Los niños están sometidos a vigilancia racional. Se reciben niños menores de tres años, vacunados y que no padezcan enfermedades infecto-contagiosas. Deben cumplirse estrictas medidas de higiene, bajo la vigilancia de médicos, directora y enfermeras especializadas. Tendrán salas generales, salas de aislamiento y equipos individuales de ropa. Deben organizarse y reglamentarse bien.

11) «Pouponniéres». — Estos organismos de carácter urbano y suburbano tienen por misión cobijar y amparar al niño huérfano, abandonado o separado temporariamente de la madre. Están bajo la vigilancia de una Maternidad o de un centro materno-infantil, con médicos pediatras y enfermeras. La población de asilados debe ser pequeña (15 ó 20), y no ser mayor de 5 años. Vigilan y ordenan el régimen de vida de los niños que deben ser alimentados artificialmente. Pueden ampliar en ciertos casos su acción social, permitiendo el ingreso de lactantes con la madre, quien servirá de nodriza a otros internados. Lo ideal es ubicar las «pouponniéres» en un radio suburbano, casas-quintas, con abundante sol, aire y luz. Si se cuenta con locales amplios, bien aireados, personal técnico especializado, asepsia rigurosa y examen prolijo de todo niño que ingresa por primera vez, se consigue conjurar los peligros de la aglomeración de niños, transmisión de enfermedades, alimentación artificial, etc., que fueron invocadas en otra época.

12) Salas cuna. — Estas instituciones también llamadas de lactancia, benefician a las obreras y empleadas, madres recientes.

Ubicadas en fábricas y talleres, la madre deja allí a su hijo al iniciar diariamente sus tareas. La vigilancia y cuidado se encuentra a cargo de niñeras y enfermeras especializadas, que cumplen directivas técnicas de la Maternidad o centro. La obrera o empleada concurre a la sala de lactancia a la horas correspondientes para ama-

mantar a su hijo, eventualidad prevista por Ley. Todo industrial o empleador con más de cien obreras debe habilitar una sala-cuna. Cada lactante tendrá su cuna, separada de la del vecino, y todos los útiles y ropas son personales para cada niño. Las niñeras vigilan diariamente las curvas de peso, y tienen a su cargo la preparación de alimentos complementarios o artificiales, cuando hay indicación médica. La sala-cuna debe contar con un local anexo para aislamiento inmediato, en caso necesario, y diariamente será visitada por un médico pediatra, enviado por la Maternidad o centro más cercano.

13) Jardin de infantes. — Estos establecimientos permitirán en adelante fijar un medio auxiliar para la protección del niño hasta la edad pre-escolar (excepto lactantes), que puede estar bajo la vigilancia de los médicos pediatras de la Maternidad o centro. Puede variar su tipo de acuerdo al ambiente de la población de donde proceden los niños. Se calculan término medio unos treinta a cuarenta niños para cada jardín de infántes. El régimen está basado en el respeto por la libertad infantil: disciplina de libertad, respeto por la independencia del niño, supresión de premios y castigos. Deben instalarse en locales amplios, bien ventilados, con mucha luz, jardines, arboleda. Los locales deben tener una temperatura media en invierno, y en ellos o en los jardines los niños juegan, cantan, bailan, hacen gimnasia y se los pone en contacto con material educativo simple. Los niños permanecen en el jardín de infantes de 9 a 16 (7 horas), almuerzan y meriendan en él. El personal está formado por maestras, niñeras, cocinera y jardinera. Conviene separar los niños en dos grupos: menores y mayorcitos. Se hará en ellos el examen antropológico, psíquico y médico.

15) Seccion primera infancia. — Toda Maternidad integral tendrá una sala o sección para niños enfermos no lactantes, hasta los 3 años de edad. Ello subsana la falta de hospitales de niños, que sólo existen en ciudades importantes y se cumple una exigencia de la Maternidad integral. La Sección Primera Infancia también tendrá un funcionamiento y organización independiente del resto de la Maternidad, con previsión para la internación del niño con la madre.

Esta reseña de medios de protección de la madre y el niño, en la cual ocupa un lugar trascendente y central la Maternidad integral, concebida con criterio actual, como centro de proyecciones sociales de asistencia médica, preventiva y curativa que alcanza a la mujer en toda su carrera: soltera, embarazada, parturiente y madre, y protege al niño desde la etapa concepcional y pasa por la etapa intranatal, prolongándose en la etapa post-natal hasta la edad preescolar, con el agregado de los medios auxiliares ubicados en la

Maternidad o cerca de ella, que irradian su acción o la reflejan sobre la Maternidad misma, garantizará la finalidad enunciada de organizar científicamente la asistencia médico-social de la embarazada, parturiente y madre para mejorar los índices de natalidad y morbi-mortalidad infantil.

Por ello, de las 17.500 camas destinadas a la protección de la madre y el niño, se asigna un 40 por ciento exclusivamente para asistencia obstétrica, 20 por ciento para ginecológica, 20 por ciento para lactantes y 20 por ciento para infancia.

Asistencia de las Afiliadas a la Caja de Maternidad (Ley N.º 11.933)

En lo referente a la asistencia integral de las empleadas y obreras afiliadas a la Caja de Maternidad (Ley N.º 11.933), el enfoque del problema es distinto. La Comisión Mixta formada por el Instituto Nacional de Previsión Social, que aporta los fondos para financiar las obras y la Secretaría de Salud Pública, destinada a aplicar la ley y garantizar la asistencia médica preventiva y curativa de las afiliadas, propicia la construcción de Maternidades integrales en la zona de mayor densidad de afiliadas. De ahí que no pueda coincidir este criterio con el que aplicamos para la población general del país.

De acuerdo con las estadísticas proporcionadas por la Caja de Maternidad, la Secretaría de Salud Pública propicia la construcción inmediata de Maternidades y centros periféricos en la Capital Federal y centros de la provincia de Buenos Aires, a los cuales llama «grupo bonaerense».

La Capital Federal necesita una Maternidad integral con 800 camas, y a ella se agregan en los centros periféricos: Avellaneda, con 150 camas; Valentín Alsina, con 100 camas; Belgrano, con 100 camas; Liniers, con 100 camas y Remedios de Escalada, con 50 camas. En el «grupo bonaerense»: San Martín, con 50 camas; La Plata, con 150 camas; Pergamino, con 40 camas; Bahía Blanca, con 50 camas; Mar del Plata, con 50 camas y Olavarría, con 20 camas.

En el resto de la provincia de Buenos Aires, pueden satisfacerse las necesidades agregando camas o pabellones a hospitales nacionales y subsidiados, ya que la densidad de afiliadas no justifica la construcción de Maternidades especiales.

Cumplida esta primera etapa, para servir al espíritu y la letra de la Ley N.º 11.933, mediante Maternidades incluídas en los monobloques proyectados para dar cumplimiento a la Ley de Medicina Preventiva, en la Capital Federal y provincia de Buenos Aires, se seguirá con la provincia de Santa Fe, con sus núcleos principales: Rosario y Santa Fe, con Maternidades de 100 y 50 camas, res-

pectivamente, y sus núcleos menores: Reconquista, Villa Guillermina, Villa Ana, Castellanos y Vera, que por su menor densidad de afiliadas pueden ser atendidos por hospitales nacionales, provinciales y subsidiados, mediante aumento del actual número de camas o construcción de pequeños pabellones agregados a los ya existentes.

La provincia de Entre Ríos cuenta con un porcentaje pequeño de afiliadas, pero debe instalarse una Maternidad en Paraná, con 50 camas, y en Concordia, Colón, Gualeguaychú y Concepción del Uruguay, reforzar los servicios ya existentes.

En la provincia de Córdoba se construirá en la Capital una Maternidad de 150 camas, y se elegirá una ubicación adecuada para un sanatorio de 50 camas para madres tuberculosas y mujeres convalecientes o débiles.

Tal es la planificación inicial para servir las necesidades de las afiliadas a la Caja de Maternidad, que una vez iniciada y puesta en marcha permitirá, siempre en base a estadísticas oficiales, completarla con la planificación para el resto del país.

De este modo se podrá cumplir con la Ley N.º 11.933, y transformar el actual sistema del subsidio maternal mínimo de $ 200.- m|n., y máximo de $ 300.- m|n., en un sistema eficaz de prestación de servicios.

Refuerzo y Ampliación de los Organismos Actuales de Asistencia a la Madre y al Niño

El Plan Quinquenal prevé este punto, ya que en el territorio nacional se encuentran distribuídas Maternidades, centros materno-infantiles y otros medios auxiliares de protección. Estos organismos, salvo pocas excepciones, no están ubicados de acuerdo con un criterio científico que consulte necesidades médicas y sociales. En general, se trata de pequeñas salas anexas a hospitales de campaña, cuando no se reduce a un cierto número de camas, que se destinan para atender embarazadas y parturientes en hospitales generales. El concepto de Maternidad integral, como núcleo central y eje de asistencia materno-infantil, sancionado por los países más adelantados y avanzados del mundo, no se ha tenido en cuenta. Cuarenta y tres centros materno-infantiles, de los cuales cuatro con algunas camas para Obstetricia y sala de partos; seis con pocas camas para Obstetricia y niños; seis con internado reducido para niños y el resto con el carácter de Centros Maternales e infantiles, exclusivamente, es el balance de diez años de vigencia de la Ley N.º 12.341. La lucha por proteger a la madre y el niño con centros materno-infantiles es tan estéril como la lucha contra la tuberculosis reducida a dispensarios antituberculosos. La Secretaría de Salud Pública, mediante el re-

fuerzo y ampliación de estos organismos notoriamente insuficientes y mediante la realización paulatina, progresiva y efectiva del Plan Quinquenal proyectado para la Protección de la Madre y el Niño, respetando la distribución racional de nuevos organismos, con el concepto integral con que informa ese plan, no sólo obtendrá la disminución de los índices de morbi-mortalidad materna e infantil, sino que superará las previsiones y exigencias de la Ley N.° 12.341.

Comisión Nacional Permanente para la Lucha contra la Desnatalidad

Esta Comisión, integrada por Decreto del Superior Gobierno de fecha 12 de septiembre de 1946, con especializados en los problemas de la protección maternal e infantil, bioestadígrafos, higienistas y sociólogos, se encuentra preparando, para dar cumplimiento al Art. 4.° del Decreto de su integración, un conjunto de leyes basadas en las 22 conclusiones del informe presentado por la Comisión en 1945, y que trata, en primer término, de fomentar la nupcialidad y la natalidad. Paralelamente está preparando una campaña de orientación y divulgación popular, que encarará la pública apreciación y dilucidación de los factores humanos, sociales, económicos y ambientales que inciden sobre los índices de la natalidad, para procurar su mejora.

Protección a la Infancia

Proteger al lactante y al niño de 1 a 6 años, sin separarlo de la madre, y proteger al huérfano y al abandonado.

LA PROTECCION DEL NIÑO. — Iniciada a través de la madre, proseguirá desde el nacimiento hasta los 6 años, respetando el postulado que indica conservar la madre al niño, favoreciendo: a) la lactancia materna; b) la colocación familiar de ambos; c) la asistencia de cualquiera de los dos, asegurando la compañía del otro; d) la asistencia del hijo de madre obrera, empleada o desvalida, y e) la asistencia domiciliaria de ambos, a lo cual se agregan: velar por el desarrollo y crecimiento, en buenas condiciones físicas y morales del niño, a través de la infancia y la edad pre-escolar.

En tal sentido el Plan Quinquenal prevé la asistencia del lactante, del niño en su primera infancia y del niño en edad pre-escolar.

Busca llenar el vacío que existe actualmente en la protección del niño de 1 a 5 años de edad, para la cual las instituciones actualmente existentes son de notoria insuficiencia.

El *lactante* encuentra su protección en las *Maternidades, centros materno-infantiles, asilos maternales, asilos de lactantes sanos, asistencia domiciliaria, centros ambulantes, salas-cuna, colocación familiar o con nodriza, hospital de lactantes*, etc., todos medios de asistencia médico-social vinculados con la Maternidad integral, y cuya significación y alcance hemos señalado. Corresponde agregar por su importancia, el *lactario*, que se instalará anexo a toda Maternidad, como centro científico y humanitario, destinado a la provisión de leche materna, con posibilidades para su conservación, congelación y expendio, protegiendo a las madres proveedoras, reglamentando la inspección, etc., etc.

El niño, en su primera infancia se beneficiará de muchos medios de asistencia que ya hemos citado y que extenderán su acción hasta él. Nos hemos referido a los *consultorios y salas de primera infancia* de las Maternidades integrales, la *asistencia domiciliaria*, los *centros ambulantes, las «crêches», las «pouponnières», los centros materno-infantiles y la colocación familiar*. Agréguese a esto la instalación de *casas-cuna* y de *hospitales de niños*, en las ciudades importantes, o la ampliación de los ya existentes.

EL NIÑO EN EDAD PRE-ESCOLAR. — Contará con medios asistenciales, cuya instalación y funcionamiento prevé el Plan Quinquenal, salvando un vacío evidente en la actualidad. Para ello se considera la protección del pre-escolar *normal* y la protección del pre-escolar *anormal*.

El pre-escolar normal se beneficiará

1.°) *De la asistencia domiciliaria* (sistema de protección abierta), confiada a visitadoras encargadas de vigilar su buen desarrollo físico e intelectual, impartiendo enseñanza a los padres sobre alimentación, higiene general e intelectual.

2.°) Las *escuelas maternales* (sistema de protección cerrada), asilarán niños de 2 a 6 años, separados del ambiente familiar. Estarán a cargo de maestras especializadas, que tratarán de educar a los niños, sin impartirles una instrucción metódica. El material de enseñanza estará representado especialmente por juguetes para los niños de 2 a 4 años, el mobiliario adecuado a la talla infantil, los locales sanos, amplios y aereados. Cada maestra tendrá a su cargo 20 niños como máximo. La inspección médica permitirá garantizar el buen estado sanitario de las escuelas maternales.

3.°) *Los jardines de infantes* (sistema de protección mixta), educarán a los niños respetando su libertad y suprimiendo castigos y recompensas. Contarán con baño, vestuario, cocina, consultorio, sala de aislamiento, salas cubiertas, salas de juego, muebles sencillos, juguetes, juegos adecuados, etc. Se practicará el examen antropológico y psíquico de los niños, antes de su ingreso, descartan-

do la existencia de enfermedades infecciosas. El examen médico de los niños asistentes será regular, cuidando sus dientes, examinando y vigilando los niños con defectos visuales, naso-faríngeos, auditivos, ortopédicos, nerviosos, etc.

Al segundo año de estada en el jardín de infantes, se separará a los niños que tras un examen minucioso deban ser enviados a institutos especiales.

El programa de los jardines de infantes se reducirá a aplicar reglas de higiene, educación física y una instrucción elemental, debiendo mantenerse en estrecho contacto con el ambiente familiar.

4.º Las *colonias de vacaciones*: Para niños de edad pre-escolar, permitirán llevar a grupos de 40 ó 50 niños durante 4 a 6 semanas a disfrutar de la vida al aire libre en clima marítimo, de sierra o de montaña, previo examen médico minucioso, para descartar enfermedades crónicas o contagiosas. Al llegar a la colonia, los niños serán fichados, indicándose el régimen que seguirán, la cura de reposo y los ejercicios metodizados. A las colonias de vacaciones sólo se enviarán los niños sanos.

La *asistencia del pre-escolar anormal* contará con medios adecuados:

1.º) Los *preventorios*, destinados a niños pretuberculosos.

2.º) Las *colonias* para niños débiles, convalecientes, anémicos, etcétera.

3.º) La *colocación familiar* de niños en peligro de contagio tuberculoso. La separación del ambiente familiar deberá hacerse precozmente, desde el nacimiento.

4.º) Los *sanatorios* para niños tuberculosos de 2 a 6 años, con afecciones pulmonares u óseas.

5.º) Las *escuelas e internados para ciegos*, que pueden ser comunes con los ciegos en edad escolar.

6.º) La *asistencia domiciliaria* y las *clases especiales para epilépticos*.

7.º) Clases especiales para *niños con defectos de la palabra y sordomudos.*

8.º) *Institutos* comunes para ciegos, sordomudos, atrasados y enfermos motores. Estos institutos tienen carácter médico y carácter pedagógico. Previo examen médico, los niños son repartidos en grupos homogéneos y destinados a divisiones llamadas «fuertes» y «débiles», de acuerdo con la importancia del trastorno que presentan.

9.º) *Institutos especiales para deficiencias mentales:* Destinados a niños en edad pre-escolar y escolar, que son sometidos a un examen previo por médicos, psicólogos, psiquiatras y sociólogos

El personal para estos institutos debe ser especializado, y se tiende a obtener la asistencia individual, buscando el desarrollo de la iniciativa, la actividad personal y la inteligencia.

10. *Escuelas y clases especiales para enfermos motores:* Serán anexadas a los hospitales de niños, donde los enfermos siguen un tratamiento ortopédico adecuado.

11. Las *colonias de vacaciones*, similares a las destinadas a los niños normales, se destinan a los niños débiles de las ciudades, para proporcionarles una cura de reposo y climatérica. Habrá colonias de llanura, montaña y marítimas. Podrán ser pequeñas colonias en ambiente familiar o grandes colonias.

12. *La asistencia al niño desamparado* (indigente, huérfano, abandonado o anormal), exige ante todo una acción preventiva, para impedir el desamparo. Para ello se acordarán subsidios a las madres indigentes, y se reforzará el contacto con el ambiente familiar, para aconsejar y orientar a las madres llevando al hogar una acción social intensa.

Los niños indigentes encuentran una asistencia correcta en las escuelas maternales, jardines de infantes, colonias, etc.

Los huérfanos y abandonados, contarán con Institutos adecuados.

Los niños anormales encontrarán en Institutos y Escuelas especiales asilo, educación e instrucción adecuada a sus posibilidades.

Organización de la Protección a la Madre y el Niño

El Estado cumple con el deber de ocuparse de los problemas que se refieren a la Protección de la Madre y el Niño. De ello depende el vigor de la raza y la preparación de futuras generaciones seleccionadas. Son problemas que afectan a la Nación entera, y por ello el Estado debe disciplinar las iniciativas y formular programas generales de acción.

La Secretaría de Salud Pública de la Nación entiende cumplir con las exigencias que plantea la madre y el niño, estructurando un organismo central de su dependencia que tendrá bajo su gobierno la Protección de la Madre y el Niño en el país, poniendo en ejecución el Plan Quinquenal más arriba reseñado, y cumpliendo así la voluntad del Honorable Congreso que promulgara la Ley N.° 12.341.

Este organismo central será la Dirección General de Protección a la Madre y el Niño.

La Dirección General de Protección a la madre y el Niño, agrupará todos los organismos sanitarios destinados a garantizar **la asistencia técnico-social** de la mujer, la madre y el niño, pre-

viendo la organización de un **centro de estudio e investigación eugenésica y biopsíquica**, y contribuirá a la **educación** y a la **propaganda**, formando personal idóneo y creando una conciencia popular sobre los problemas que suscitan la madre y el niño.

Constará de cuatro Departamentos, cuya denominación será:

1.° Departamento de Eugenesia.
2.° Departamento de Asistencia Técnica.
3.° Departamento de Educación y Propaganda.
4.° Departamento de Servicio Social.

Cada uno de estos Departamentos, comprenderá distintas Divisiones; éstas se dividirán en Secciones y éstas, en algunos casos, comprenderán distintas Subsecciones.

La Dirección General tendrá dos Secretarías, una técnica y otra administrativa, y dos Secciones de su directa dependencia:

1.° Sección Estudios y Proyectos.
2.° Sección Bioestadística y Biogeografía.

Habrá una Subdirección, que será desempeñada por rotación, y durante dos años, por los Jefes de Departamento.

El *Departamento de Asistencia Técnica*, tendrá bajo su dependencia cuanto compete a la **asistencia técnica** de la mujer, de la embarazada, de la madre y del niño. Los medios de asistencia y protección serán abarcados *en forma integral*, reglamentando su *instalación y funcionamiento* y vigilando la *ejecución* de las medidas señaladas.

En este Departamento habrá médicos tocólogos y pediatras, pedagogos, médicos escolares y profesores de educación física, de acción probada y reconocida desde el punto de vista profesional, docente y social.

DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA

A) División Asistencia Pre-Concepcional:

a) Sección Profilaxis:

1.° Profilaxis y lucha contra las enfermedades sociales: sífilis, tuberculosis, blenorragia, paludismo.
2.° Estímulo de la acción profiláctica de los cuerpos médicos escolares y departamentos sanitarios de las fábricas.
3.° Orientación de niñas, jóvenes, empleadas y obreras hacia los dispensarios y consultorios profilácticos.
4.° Profilaxis y lucha domiciliaria.
5.° Instalación de dispensarios profilácticos: antiluéticos, antituberculosos, antiblenorrágicos y antipalúdicos.

Esta División actuará en estrecha conexión con los organismos de Medicina Preventiva en lo referente a examen periódico de los adolescentes y jóvenes de ambos sexos.

Fichero.

B) División Asistencia Prenatal:

a) Sección Maternidades y Centros:

1.° Organización y vigilancia de las Maternidades de acuerdo al Plan unitario.
2.° Organización y vigilancia de los centros materno-infantiles.
3.° Estudio y búsqueda de solución de las causas que influyen sobre la maternidad: raza, medio urbano y rural, situación económica, multiparidad, edad de la madre, alimentación, estado civil, etc.
4.° Codificación de medidas profilácticas, generales y especiales para la embarazada: vómitos, constipación, pielitis, albuminuria, hipertensión, edemas, eclampsia, infección puerperal, sífilis, tuberculosis, intoxicaciones, agotamiento físico, etc.

b) Sección Medios Auxiliares:

1.° Organización, reglamentación y vigilancia de sanatorios especializados de llanura y montaña para tuberculosas, convalecientes, etc.
2.° Organización, reglamentación y vigilancia de los refugios de embarazadas.
3.° Organización, reglamentación y vigilancia de la asistencia domiciliaria.
4.° Cantinas maternales.
5.° Centros ambulantes.

Fichero.

C) División Asistencia Pos-Natal:

a) Sección Puérperas:

1.° Medidas profilácticas y curativas de la infección puerperal y sus complicaciones y secuelas.
2.° Unificación y difusión reglamentadas de terapéuticas efectivas.
3.° Asistencia de las puérperas en la Maternidad y Centros materno-infantiles.
4.° Asistencia domiciliaria de las puérperas. Organización y reglamentación.
5.° Asilos maternales (hogares-taller). Organización y reglamentación.
6.° Centros ambulantes.

7.° Cantinas maternales.
8.° Lactancia mercenaria. Reglamentación.

Fichero.

b) Sección Lactantes:

1.° Asistencia de los lactantes en las Maternidades, Centros materno-infantiles, asilos maternales.
2.° Asistencia domiciliaria.
3.° Centros ambulantes.
4.° Lactarios.
5.° Salas-cuna o de lactancia.
6.° Colocación de niños, con nodriza.
7.° Consultorios para lactantes.
8.° Hospital de lactantes.
9.° Casas-cuna.
10. Centros rurales de colocación familiar.

Fichero.

c) Sección Primera Infancia:

1.° Asistencia domiciliaria.
2.° Centros ambulantes.
3.° «Crêches».
4.° «Pouponnières».
5.° Colocación familiar de niños.
6.° Centros materno-infantiles.
7.° Consultorios para niños.
8.° Casas-cuna.
9.° Hospitales de niños.
10. Centros rurales de colocación familiar.

Fichero.

El Departamento de Eugenesia, será fundamentalmente un centro de altos estudios e investigación sobre antropología, carácterología, equilibrio psíquico, eugenesia y herencia, con vistas al conocimiento del tipo humano nacional y regional, como depositario de virtualidades potenciales, variables en su exteriorización de acuerdo a las distintas influencias ambientales, registrables dentro del perímetro nacional.

Los resultados obtenidos por el Departamento de Eugenesia, no sólo servirán de base para la protección de la madre, el niño y el adolescente, sino que servirán a los hombres de gobierno, a los estadistas, a los legisladores, significando una fuente de información orientadora, como no se ha tenido nunca en nuestro país, pudiendo en 5 ó 6 años dar soluciones felices para los problemas políticos y sociales de la Patria.

Se conocerán mejor los agentes que pueden ser sometidos a un contralor social, y que son capaces de mejorar o empobrecer la

calidad social, física y mental de las generaciones por venir. Se podrá descubrir y tratar a los disgénicos, individuos cuya influencia sobre la raza es saliente, porque son prolíficos y longevos. El grupo disgénico de la población, no obstante la mortalidad elevada, crece más rápido que la parte sana de la población.

Los *estudios biológicos de la mujer,* a través de toda su carrera, permitirán conocer su equilibrio humoral, las desviaciones funcionales del embarazo, parto y puerperio vinculadas con el sistema neuro-endocrino. Se conocerá también el *equilibrio biológico y psíquico de nuestro niño,* de acuerdo con las regiones del país.

En este Departamento habrá biólogos, filósofos, psicólogos, antropólogos, etnólogos y eugenistas capacitados y probados.

Este Departamento realizará sus estudios y promoverá iniciativas en estrecha conexión con el Instituto de Previsión y con los organismos de Medicina Industrial.

DEPARTAMENTO DE EUGENESIA

A) División Bío-Psíquica:

a) Sección Antropología:

1.° Estudio biológico de la embarazada, desviaciones funcionales y neuroendocrinas, profilaxis y medidas curativas. Organización.
2.° Estudio biológico de la puérpera, etc.
3.° Estudio biológico del lactante, del niño en la primera infancia y en edad pre-escolar. Profilaxis y tratamientos de trastornos neuro-endocrinos del crecimiento. Régimen alimentario. Normas higiénicas generales y especiales.
4.° Centros de higiene mental.
5.° Estudio de la situación de la mujer y el niño con relación a los agentes ambientales.

b) Sección Examen Psíquico y Electroencefalográfico:

1.° Examen psíquico de la mujer soltera, embarazada y madre.
2.° Examen psíquico del niño en la primera infancia, en edad pre-escolar y en edad escolar.
3.° Electroencefalografía de mujeres y niños.
4.° Centros de higiene mental.
5.° Centros psíquicos o médico-pedagógicos.
6.° Examen psíquico periódico de mujeres y niños con anormalidades.
7.° Examen psíquico prenupcial de ambos sexos.

Todo esto con íntima conexión con medicina Preventiva y Medicina Industrial.

Ficheros.

B) División Eugenesia:

1) Estudio de la herencia:

a) Factores que la regulan e influyen sobre ella.
b) Variabilidad de los organismos.
c) Leyes de distribución del patrimonio hereditario.
d) Bases materiales de la herencia.
e) Producción de caracteres hereditarios.
f) Importancia de la herencia en Anatomía Comparada.
g) Aplicación del mendelismo al hombre.
h) Características físicas, fisiológicas, mentales, patológicas y morales de los individuos.
i) Desarrollo y evolución de las familias, estudiando su genealogía.
j) Valor físico, psíquico y moral de los individuos.
k) Aptitudes especiales de los individuos.
l) Orientación profesional.
m) Censo eugenésico.

2) Mejoramiento de la condición de la vida.
Estudio de los agentes causales. Lucha contra la miseria, el abandono y el delito.

3) Profilaxis del agotamiento físico de obreras y empleadas.
a) Normas de trabajo para obreras y empleadas.
b) Vigilancia de la naturaleza de la tarea a cumplir y de los materiales manipulados.
c) Horario de trabajo. Turnos.
d) Estudio previo de las mujeres que van a emplearse: hábito constitucional, posibilidades físicas, antecedentes patológicos, etc.
e) Organización y reglamentación de los departamentos sanitarios de fábricas e industrias que emplean mujeres.
f) Psicología industrial. (En íntima coordinación con medicina industrial).

4) Profilaxis y lucha contra las enfermedades sociales: Organización y reglamentación de la lucha contra la sífilis, la tuberculosis, la blenorragia, el paludismo, la anquilostomosis, amibosis, etc. Medidas de lucha acorde con las regiones del país. Organización y reglamentación de la asistencia domiciliaria, de los dispensarios profilácticos, de los departamentos sanitarios de las fábricas, etc. Extensión de la acción al medio familiar. Normas terapéuticas de aplicación geenral para las enfermedades sociales.

5) Lucha contra el aborto.
6) Estudio y búsqueda de solución ante las causas de degeneración de la raza:
   Miseria, promiscuidad, existencia paupérrima. Su relación con la gestación y el niño. El abandono y el delito.
7) Separación del medio social de los seres inferiores o degenerados:
   Aislamiento. Establecimientos adecuados. Separación de sexos. Aplicación a trabajos adecuados a sus posibilidades. Solución de problemas higiénicos, morales, endocrinos y psíquicos.
8) Estudio y solución de los problemas planteados por débiles, criminales, epilépticos, ciegos, alienados y sordo-mudos.
9) Organización y reglamentación del examen periódico para adolescentes y jóvenes de ambos sexos.
10) Organización y reglamentación del examen prenupcial para ambos sexos, en colaboración con el Instituto de Higiene Social.
11) Estudio y análisis, con vistas al dictado de normas profilácticas, de los factores que influyen sobre el huevo: infecciosos, tóxicos y sociales.

El Departamento de Educación y Propaganda, será el encargado de enunciar y difundir normas educativas destinadas a la mujer, a la madre, al niño y al adolescente; se encargará de la creación, reglamentación, redacción de programas de estudios y dictado de cursos de las Escuelas destinadas a la formación de personal técnico capacitado, para lo cual contará con la colaboración directa de los departamentos de Eugenesia, Asistencia Técnica y Servicio Social, y sus médicos jefes y agregados. Además, corresponderá al Departamento de Educación y Propaganda la organización y proyectos de planes de propaganda oral y escrita destinada a la población en general, y a la mujer, madre, niño y adolescentes, en particular. Este departamento deberá contar con personal de tocólogos, pediatras y pedagogos, y actuará en estrecha conexión con la Dirección de Cultura Sanitaria.

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN Y PROPAGANDA

En coordinación con la Dirección de Cultura Sanitaria:

A) *División Educación:*

1) Clases en escuelas primarias, secundarias, técnicas y profesionales de mujeres.
   a) Nociones generales sobre perpetuación de las especies biológicas.
   b) Estudio de la floración, de la fecundación y del fruto.

c) Necesidad de mejorar las especies y de mantener su pureza.
d) Importancia que a todo ello asignan los especialistas en floricultura.
e) Temas de economía doméstica.
f) Existencia de la familia; su unión; deberes entre padres e hijos; solidez de la institución familiar como base de la solidez de la sociedad; peligro de la destrucción de los vínculos familiares y sus consecuencias para los hijos; etc.
g) Demostraciones prácticas de puericultura prenatal.
h) Visitas a talleres y fábricas para señalar normas higiénicas de la mujer empleada; horarios de trabajo, de distracción y de descanso; ejercicios al aire libre, etc.
i) Visitas a hogares humildes con médicos y visitadoras.

2) Clases en sociedades culturales, centros sociales, bibliotecas y universidades populares.
3) Clases para maestras.
4) Creación de asociaciones de niñas y jovencitas.
5) Organización y reglamentación de las escuelas de madres, para internadas y para concurrentes.
6) Organización y montaje de la «Biblioteca para la madre».
7) Redacción de programas de clases para educación moral, eugenésica y social.
8) Cursos por correspondencia.
9) Conferencias sobre nutrición.
10) Artículos en revistas y boletines científicos.

B) *División formación del personal:*

1) Clases para médicos de las maternidades y dispensarios.
2) Clases para médicos concurrentes que deseen especializarse.
3) Clases para parteras de las maternidades y dispensarios.
4) Clases para parteras concurrentes.
5) Cursos para dietistas.
6) Escuela de enfermeras y visitadoras.
7) Escuela de niñeras.
8) Escuela técnico-social para becarios extranjeros y provinciales.
9) Cursos de bioestadística.
10) Organización y montaje de la biblioteca para médicos, parteras, visitadoras, enfermeras y niñeras.

C) *División Propaganda:*

1) Volantes.
2) Folletos educativos, textos simples, 30 a 40 páginas.
3) Folletos ilustrados, poco texto.
4) Folletos de higiene general, con cuidados para la mujer encinta.
5) Cuadros murales de higiene general, con causas que influyen sobre el embarazo.
6) Films cinematográficos.
7) Conferencias populares tipo, para educadores.
8) Conferencias populares tipo, para radiotelefonía.
9) Dispositivos para proyecciones.
10) Atlas especiales.
11) Revistas de puericultura.
12) Libros de puericultura para madres.
13) Artículos en diarios y revistas.
14) Exposiciones de higiene y puericultura.

DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

Cuatro postulados regulan la acción de este Departamento:

1) Procurar que la mujer llegue a la edad adulta en las mejores condiciones físicas y morales.
2) Garantizar que la embarazada llegue al término en iguales condiciones.
3) Conservar la madre al niño, favoreciendo:
   a) la lactancia materna;
   b) la colocación familiar de ambos;
   c) la asistencia de cualquiera de los dos, asegurando la compañía del otro.
   d) la asistencia social del hijo de madre obrera, empleada o desvalida;
   e) la asistencia domiciliaria de ambos.
4) Velar por el desarrollo y crecimiento, en buenas condiciones físicas y morales del niño a través de la infancia y la edad pre-escolar.

El Departamento de Servicio Social tendrá a su cargo el estudio y solución científica de las necesidades sociales creadas por la madre y el niño desamparados, y será el ejecutor de planes que proclamen «los derechos de la madre» e impongan «los derechos del niño».

Tendrá por función conocer las necesidades médicas, morales y materiales de la mujer y del niño, mediante investigación minucio-

sa realizada en los organismos asistenciales y en los núcleos de población humilde. Para ello deberá impartir directivas, reglamentaciones y discriminación de funciones a las asistentes y visitadoras sociales, destacadas, primero: en los consultorios externos de las maternidades, hospitales de lactantes y niños y centros materno-infantiles; segundo: en el servicio interno de las maternidades, hospitales de lactantes y niños y medios auxiliares que impliquen internación de mujeres y niños; tercero: en los jardines de infantes, colonias, escuelas, reformatorios, etc.; y cuarto: como auxiliares de los médicos especializados, pedagogos, psicólogos, etc.

En vinculación con el Departamento de Educación y Propaganda, tendrá intervención directa en cuestiones educativas y formación de personal de servicio social.

Actuarán en este departamento médicos especializados en cuestiones sociales, asistentes y visitadoras sociales y pedagogos.

SECCIONES DEPENDIENTES DE LA DIRECCION GENERAL

La Dirección general dispondrá, además, de una Sección Bioestadística y Biogeografía que será un lazo de unión con la Dirección de Bioestadística de Salud Pública.

1) Estadísticas sobre mortalidad materna.
2) Estadística sobre natalidad.
3) Excedentes de población.
4) Estadísticas sobre mortalidad prenatal materna y ovular.
5) Mortalidad intra-natal.
6) Mortinatalidad.
7) Mortalidad neonatal.
8) Mortalidad en el primer año de vida.
9) Mortalidad en la primera infancia.
10) Mortalidad en la edad pre-escolar.
11) Mortalidad infantil comparada con la mortalidad general.
12) Mortalidad infantil comparada en el curso del primer año de vida.
13) Mortalidad infantil urbana y rural comparada.
14) Mortalidad infantil según las regiones del país.
15) Causas de la mortalidad.
16) Indices de sobrevida según las regiones del país.
17) Estadísticas comparadas de niños normales y anormales.
18) Estadísticas comparativas de las mujeres madres, obreras y empleadas.
19) Estadísticas sobre enfermedades sociales según las regiones del país.
20) Ficheros.
21) Cuadros murales.
22) Gráficos comparativos a escala.

También dependerá de la Dirección General, una Sección Estudios y Proyectos.

PLAN DE DISTRIBUCION DE CAMAS Y MEDIOS AUXILIARES PROYECTADOS

Se ha establecido un orden para las provincias y territorios, teniendo en cuenta los índices de mortalidad infantil. Ocupa el primer puesto Jujuy, y el último Tierra del Fuego.

La distribución de camas y medios auxiliares se ha hecho teniendo presente:

1) Densidad de población.
2) Número de camas necesarias para atender mujeres, parturientes, lactantes y niños en cada población, tomando como base grandes estadísticas de cajas de jubilaciones.
3) Zona de influencia periurbana y rural de las poblaciones.
4) Carácter de la ciudad, pueblo o colonia, aislada, desvinculada o unida a red caminera, fluvial, ferroviaria o marítima.
5) Informe de las necesidades locales, enviado por las direcciones de Higiene o Salubridad de cada provincia.

De este modo cada provincia o territorio ha sido objeto de un estudio especial, tratando de satisfacer o mejorar al máximo las necesidades asistenciales.

Los medios auxiliares: Centros Materno-infantiles y Ambulantes se han distribuído con el concepto de su valor en la protección materno-infantil. El Centro Ambulante, recurso de confín, propio de localidades aisladas, y el Centro Materno-infantil, de acción médico-social restringida, encuentran con más dificultad la indicación para su establecimiento.

Se construirán 43 Maternidades-Escuela, en todo el país, cuya significación como medio asistencial médico-social es máxima, por sus proyecciones en la formación de personal idóneo: médicos, parteras, nurses, enfermeras, visitadoras y asistentes sociales. Esta red nacional de Maternidades-Escuela, ubicada de preferencia en ciudades capitales o grandes centros, está destinada a terminar con ensayos aislados, de trascendencia unilateral o parcial, que en la práctica han resultado insuficientes y de poco rendimiento, cuando no inútiles.

Otras 316 construcciones (Maternidades y Hospitales materno-infantiles), con capacidad oscilante entre 99 y 10 camas, formarán otra red de medios de protección médico-social, siendo cada una de ellas el centro de una amplia acción local y regional.

Ciento sesenta y cuatro Centros Ambulantes, dependientes en su mayoría de Maternidades integrales, estarán destinados a extender la obra médico-social hasta las pequeñas poblaciones alejadas de los centros.

Treinta y cinco Centros Materno-infantiles complementarán la gran obra planeada, pudiendo servir algunos de los actualmente llamados Centros de Higiene Materno-Infantil, previa modificación de su organización, reglamentación y alcances, para asignarles el carácter de dispensarios.

VINCULACIÓN DE LAS MATERNIDADES DESTINADAS A LA POBLACIÓN GENERAL CON LAS DE AFILIADAS A LA CAJA DE MATERNIDAD
(Ley N.° 11.933)

La población general contará con Maternidades integrales distribuídas en provincias y territorios, de acuerdo con un criterio inobjetable, porque ha armonizado distintos elementos de juicio: 1) mortalidad infantil; 2) densidad de población; 3) zona de influencia periurbana y rural; 4) número de camas necesarias para atender mujeres, madres, lactantes y niños; 5) carácter de la ciudad o pueblo, aislado, desvinculado o unido a red caminera, fluvial, ferroviaria (esto se ha hecho en base a un estudio de geografía física y humana); y 6) se han contemplado las necesidades locales, según informes de las direcciones de Sanidad, armonizando con lo ya planeado.

Se ha seguido un *criterio inobjetable* que nunca se había tenido en cuenta en los proyectos o planes unilaterales elaborados hasta ahora.

Las afiliadas de la ley N.° 11.933 tendrán su atención en Maternidades integrales (costeadas por el Instituto de Previsión Social) de acuerdo con la densidad de afiliadas. Sólo la Capital Federal, las poblaciones del núcleo bonaerense y Rosario, justifican la existencia de maternidades exclusivas para estas afiliadas, porque salvo alguna excepción, en el resto del país la Secretaría de Salud Pública prestará esa asistencia en las Maternidades integrales, cosa que se ha previsto al proyectarlas, teniendo en cuenta (de acuerdo con las estadísticas de Caja de Jubilaciones) que cada 1.000 obreras dan un promedio de 50 partos al año y estos partos se pueden atender con 2 ó 3 camas.

Con ese criterio, al proyectar la red de hospitales y sanatorios para servir a la ley de Medicina Preventiva, sólo se precisa agregar 10, 20 ó 30 camas a un monobloque de tipo policlínico, con lo cual se pone bajo una misma dirección, administración, con lavaderos, cocinas, calefacción, etc., comunes. Hay en esto una ventaja técnica administrativa, creando una unidad funcional para asistir a toda la familia.

A la sección destinada a maternidad se le dará un acceso y salida independiente, puertas, corredores, ascensores, etc.

El servicio de las afiliadas será entonces completado por las Maternidades integrales de Salud Pública, para lo cual no hay ningún inconveniente.

RELACIÓN CON EL PROYECTO DE CÓDIGO SANITARIO

La ley básica del Código Sanitario Nacional contempla los problemas vinculados a la Protección a la Madre y al Niño, cuando dice:

Art. 3.º — La acción sanitaria en todo el territorio de la República debe ser ejercida por el poder central.

Inciso d) En lo referente a la asistencia e higiene de la maternidad e infancia.

e) En lo referente a la asistencia social.

Art. 5.º — Son atribuciones de la Secretaría de Salud Pública y base del Código Sanitario Nacional —entre otros— los siguientes propósitos:

Inciso 38) Orientar, organizar y|o coordinar las actividades tendientes a solucionar, en sus aspectos higiénicos, médicos y sociales, los problemas inherentes a la maternidad y a la niñez.

Inciso 43) Organizar, dirigir y|o coordinar la asistencia obstétrica, médica y quirúrgica.

Inciso 55) Vigilar el ejercicio de la obstetricia.

Inciso 56) Promover, organizar y|o proveer la formación y el perfeccionamiento de médicos, enfermeras, visitadoras, asistentes sociales, dietistas, etc.

Estas previsiones de la ley básica encuentran su solución en el Plan Quinquenal, en cuanto se ha estructurado para asegurar la protección integral de la madre, el niño y el adolescente.

Los problemas inherentes a la maternidad a través de todas las etapas: preconcepcional, prenatal, intranatal y posnatal, tanto desde el punto de vista médico como social, encuentran su solución en la Maternidad-Escuela y en la Maternidad y Hospitales materno-infantiles, los cuales, con sus refugios de embarazadas y sus hogares-talleres para madres recientes, con sus salas de asistencia para embarazadas, puérperas y mujeres enfermas, su asilo de lactantes sanos con o sin madre, su lactario, su cocina de leche, sus consultorios externos para embarazadas, puérperas y mujeres enfermas, lactantes y niños en su primera infancia, su servicio social para mujeres y niños internados y para la asistencia domiciliaria, sus consultorios y dispensarios antiluéticos, antituberculosos, antigonocóccicos, etc. Sus escuelas de madre, de médicos especializados, parteras, enfermeras, niñeras, visitadoras, asistentes sociales, preparadoras de alimentos, etc.

Todo está previsto en la Maternidad-Escuela; por eso es ella el núcleo central del plan de Protección a la Madre y al Niño. De ella irradian, o a ella convergen, muchos medios auxiliares, todos

de importancia para el éxito del plan. Así se orientarán, organizarán y coordinarán todas las actividades, cuyo gobierno se centralizará en la Dirección General de Protección a la Madre y al Niño, dependiente directamente del Ministerio de Salud Pública.

Los problemas inherentes a la niñez en su primera y segunda infancia (edad pre-escolar) encuentran solución desde el punto de vista médico-social en los medios auxiliares previstos en el Plan Quinquenal: consultorios de las maternidades para la infancia; asistencia domiciliaria; servicio social para internados y domiciliario; hospitales de niños; casas-cuna; cantinas maternales; jardines de infantes; parques infantiles; colonias de vacaciones; hospitales para niños tuberculosos; preventorios para niños en peligro de contagio, etc., etc., todos ellos organizados, reglamentados y fiscalizados por la Dirección General de Protección a la Madre y al Niño, a través de sus Departamentos especializados.

La asistencia obstétrica, médica y quirúrgica, será organizada, dirigida y coordinada por la Dirección General de Protección a la Madre y al Niño, estableciendo las condiciones de construcción y distribución de los locales de ambiente quirúrgico: salas de parto, operaciones, esterilización, anestesia, pos-operatorio, etc.

La Dirección General reglamentará el funcionamiento de los servicios destinados al parto normal y operatorio, así como la asistencia obstétrica domiciliaria.

La vigilancia del ejercicio de la obstetricia se realizará por intermedio de los organismos destinados a orientar, dirigir y fiscalizar a los profesionales del arte de curar, para lo cual la Dirección General de Protección a la Madre y al Niño establecerá una estrecha conexión y colaboración con los mismos.

ORDEN DE PRELACION

1) Se cumplirá todo lo proyectado para Jujuy, Salta y Tucumán, en lo que respecta a la población general, y las Maternidades proyectadas para Capital Federal y núcleo bonaerense, en lo que respecta a las afiliadas de la Caja de Maternidad (Ley N.° 11.933).

   Este programa iniciará su desarrollo el 1.° de enero de 1947, y estará cumplido el 31 de diciembre de 1948.

2) Construcción de Maternidades y habilitación de centros y hospitales materno-infantiles en San Juan, Neuquén, San Luis, Río Negro, La Rioja y Mendoza para la población general, y en Sta. Fe, Entre Ríos y Córdoba, para las afiliadas de la Ley N.° 11.933 (etapa a cumplir entre el 1.° de enero y el 31 de diciembre de 1949).

3) Construcción de Maternidades y Centros proyectados en Córdoba, Chubut, Catamarca, Sgo. del Estero, Chaco y

Misiones para la población general y habilitación de pabellones y camas complementarios en hospitales de Salud Pública para las afiliadas de la Ley N.° 11.933 (etapa a cumplir entre el 1.° de enero y el 31 de diciembre de 1950).

4) Construcción de Maternidades y habilitación de Centros proyectados en las provincias y territorios restantes para la población general, y habilitación de pabellones y camas complementarios en hospitales de Salud Pública, para las afiliadas de la Ley N.° 11.933 (etapa a cumplir entre el 1.° de enero y el 31 de diciembre de 1951).

DISTRIBUCION DE CAMAS PROYECTADAS SEGUN PROVINCIAS Y TERRITORIOS

PROVINCIAS

Buenos Aires	1.350
Catamarca	710
Córdoba	1.100
Corrientes	1.200
Entre Ríos	1.440
Jujuy	380
La Rioja	455
Mendoza	360
Salta	700
San Juan	540
San Luis	545
Santa Fe	1.090
Santiago del Estero	1.430
Tucumán	1.104

TERRITORIOS

Chaco	1.020
Chubut	805
Formosa	420
La Pampa	945
Misiones	800
Neuquén	275
Río Negro	520
Santa Cruz	215
Tierro del Fuego	40

RESUMEN

Provincias	12.404
Territorios	5.040


UBICACION DE LOS CENTROS MATERNOS INFANTILES EXISTENTES
REFERENCIAS
CENTROS EN FUNCIONAMIENTO
ZONA DE INFLUENCIA DE LOS CENTROS MOVILES
CENTROS BAJO LA SUPERINTENDENCIA DE LA DIRECCION GENERAL
ORAN
LEDESMA
SAN PEDRO
R. DE LA FRONTERA
FORMOSA
RESISTENCIA
POSADAS
OBERA
BELEN
AÑATUYA
AIMOGASTA
LA RIOJA
JACHAL
CRUZ DEL EJE
ESCUELA DE PUERICULTURA-CORDOBA
SANTA-FE
SAN JUAN
VILLA MARIA
MENDOZA
SAN LUIS
ALVEAR
SAUCE
DIRECCION GENERAL
AVELLANEDA
MAR DEL PLATA
NEUQUEN
ZAPALA
SAN CARLOS DE BARILOCHE
ESQUEL
TRELEW
RIO GALLEGOS
RIO GRANDE

Figura N.° 30

NOMENCLATURA DE LOS MEDIOS PROYECTADOS

1. Maternidades-Escuela (Integrales). Más de ...	100	Camas
2. Maternidades. Entre	11 y 99	»
3. Hospitales Materno-Infantiles de	40	»
4. Centros Materno-Infantiles, menos de	10	»
5. Centros Ambulantes.		

REFERENCIAS

 MATERNIDAD-ESCUELA

 HOSPITAL MATERNO INFANTIL

 MATERNIDAD

 CENTRO MATERNO INFANTIL

 CENTRO AMBULANTE

Figura N.° 31

RESUMEN TOTAL DE LOS MEDIOS PROYECTADOS

Maternidades-Escuelas (Integrales)	43
Maternidades y Hospitales Materno Infantiles	316
Centros Materno Infantiles	35
Centros Ambulantes	164


MEDIOS PROYECTADOS
PARA LA
PROTECCION de la MADRE Y EL NIÑO
REFERENCIAS
MATERNIDAD - ESCUELA
HOSPITAL MATERNO INFANTIL
MATERNIDAD
CENTRO MATERNO INFANTIL
CENTRO AMBULANTE

Figura N.° 32

BUENOS AIRES

DISTRIBUCION DE MEDIOS Y CAMAS PROYECTADOS

Avellaneda	200 camas
Bahía Blanca	200 »
Mar del Plata	200 »
San Martín	150 »
Bolívar	150 »
Pergamino	200 »
Tandil	100 »
La Plata	150 »

Maternidades Escuela	8	1.350 Camas

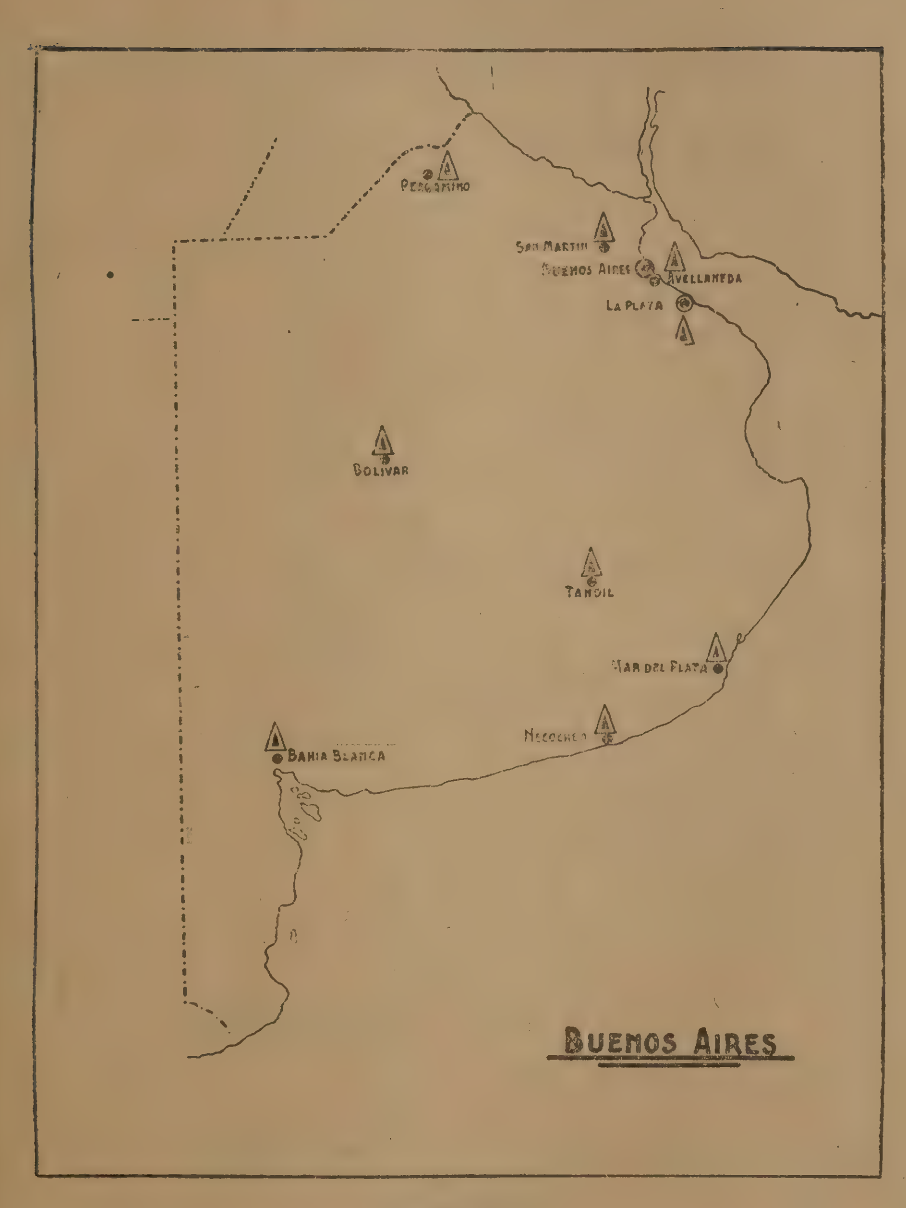

Pergamino
San Martin
Buenos Aires
Avellaneda
La Plata
Bolivar
Tandil
Mar del Plata
Necochea
Bahia Blanca
Buenos Aires

Figura N.º 33

CATAMARCA

DISTRIBUCION DE MEDIOS Y CAMAS PROYECTADOS

Catamarca	250	Camas	
Villa Santa María	50	»	C. A.
Andalgalá	50	»	
Tinogasta	40	»	
Belén	40	»	
Chumbicha	20	»	C. A.
Recreo	20	»	
Fray Mamerto Esquiú	20	»	
Saujil	20	»	
Ancasti	20	»	C. A.
Bañado de Ovante	20	»	
El Alto	20	»	C. A.
San Antonio de la Paz	20	»	
Fiambalá	30	»	A. C.
Hualfín	20	»	C. A.
Pomán	30	»	A. C.
La Merced	20	»	
Icaño	20	»	

RESUMEN MEDIOS PROYECTADOS

Maternidades Escuela	1	250	Camas
Maternidades	15	380	»
Hosp. Materno Infantil	2	80	»
Centros M. I.	—	———	
Centros Ambulantes	7	———	



Figura N.° 34

CORDOBA

DISTRIBUCION DE MEDIOS Y CAMAS PROYECTADOS

Río Seco	60	Camas	C. A.
Cruz del Eje	60	»	C. A.
San Carlos	50	»	C. A.
La Falda	60	»	
La Puerta	80	»	
Balnearia	50	»	
Porteña	60	»	
Córdoba	250	»	
Villa Dolores	50	»	C. A.
San Francisco	60	»	
Las Varillas	30	»	C. A.
Villa María	80	»	
Bell Ville	60	»	
Corral de Bustos	60	»	C. A.
Mackenna	40	»	
Cañada Verde	50	»	

RESUMEN MEDIOS PROYECTADOS

Maternidades Escuela	1	250	Camas
Maternidades	14	810	»
Hosp. Materno Infantil	1	40	»
Centros M. I.	—	———	
Centros Ambulantes	6	———	

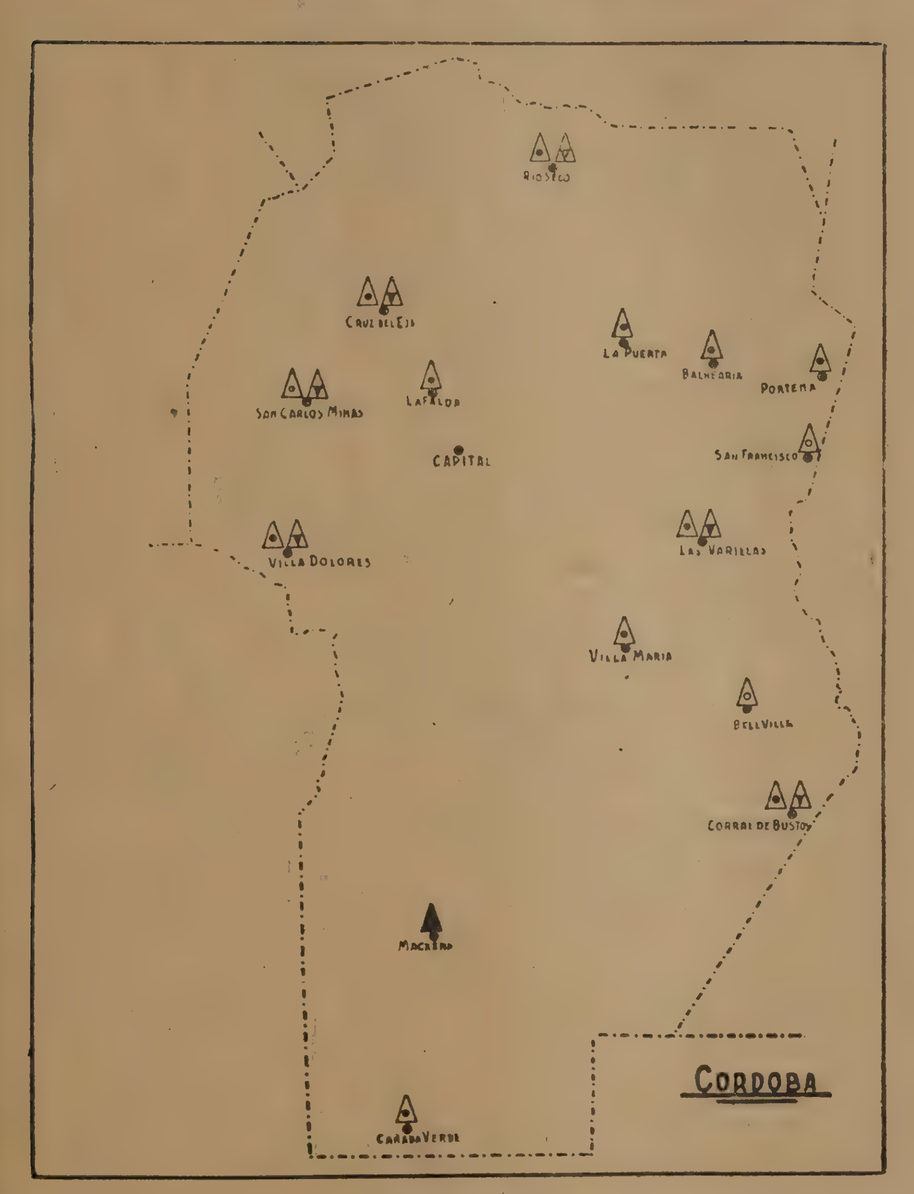

Rio Seco
Cruz del Eje
San Carlos Minas
Capital
La Puerta
Balnearia
Porteña
San Francisco
Villa Dolores
Las Varillas
Villa Maria
Bellville
Corral de Bustos
CORDOBA

Figura N.° 35

CORRIENTES

DISTRIBUCION DE MEDIOS Y CAMAS PROYECTADOS

Goya	150	Camas	
Curuzú Cuatiá	70	»	
Monte Caseros	70	»	
Saladas	40	»	
Mercedes	100	»	
Santo Tomé	70	»	
Bella Vista	120	»	
Empedrado	30	»	
Paso de los Libres	50	»	
General Paz	40	»	C. A.
Mburucuyá	40	»	C. A.
Esquina	50	»	
Itatí	30	»	
Corrientes	200	»	
Ituzaingó	30	»	C. A.
Concepción	40	»	C. A.
Gobernador Virasoro	30	»	C. A.
Alvear	40	»	C. A.

RESUMEN MEDIOS PROYECTADOS

Maternidades Escuela	4	570 Camas
Maternidades	9	430 »
Hosp. Materno Infantil	5	200 »
Centros M. I.	—	——
Centros Ambulantes	6	——


Itati
Corrientes
Empedrado
General Paz
Saladas
Bella Vista
Concepcion
Santo Tomé
Goya
Mercedes
Alvear
Paso de los Libres
Curuzu Cuatia
Esquina
Monte Caseros
CORRIENTES

Figura N.° 36

ENTRE RIOS

DISTRIBUCION DE MEDIOS Y CAMAS PROYECTADOS

San José de Feliciano	50	Camas	C. A.
La Paz	60	»	
Villa Federal	50	»	C. A.
Chajarí	50	»	C. A.
Federación	40	»	
Concordia	150	»	
General Campos	40	»	C. A.
María Grande	40	»	C. A.
Paraná	250	»	
Villaguay	60	»	C. A.
Seguí	30	»	C. A.
Diamante	50	»	
General Ramírez	40	»	C. A.
Rosario Tala	60	»	C. A.
Villa Mantero	40	»	C. A.
Colón	50	»	
Victoria	80	»	
General Galarza	40	»	C. A.
Concepción del Uruguay	80	»	
Gualeguay	70	»	
Gualeguaychú	100	»	

RESUMEN MEDIOS PROYECTADOS

Maternidades Escuela	3	500 Camas
Maternidades	12	700 »
Hosp. Materno Infantil	6	240 »
Centros M. I.	—	——
Centros Ambulantes	11	——

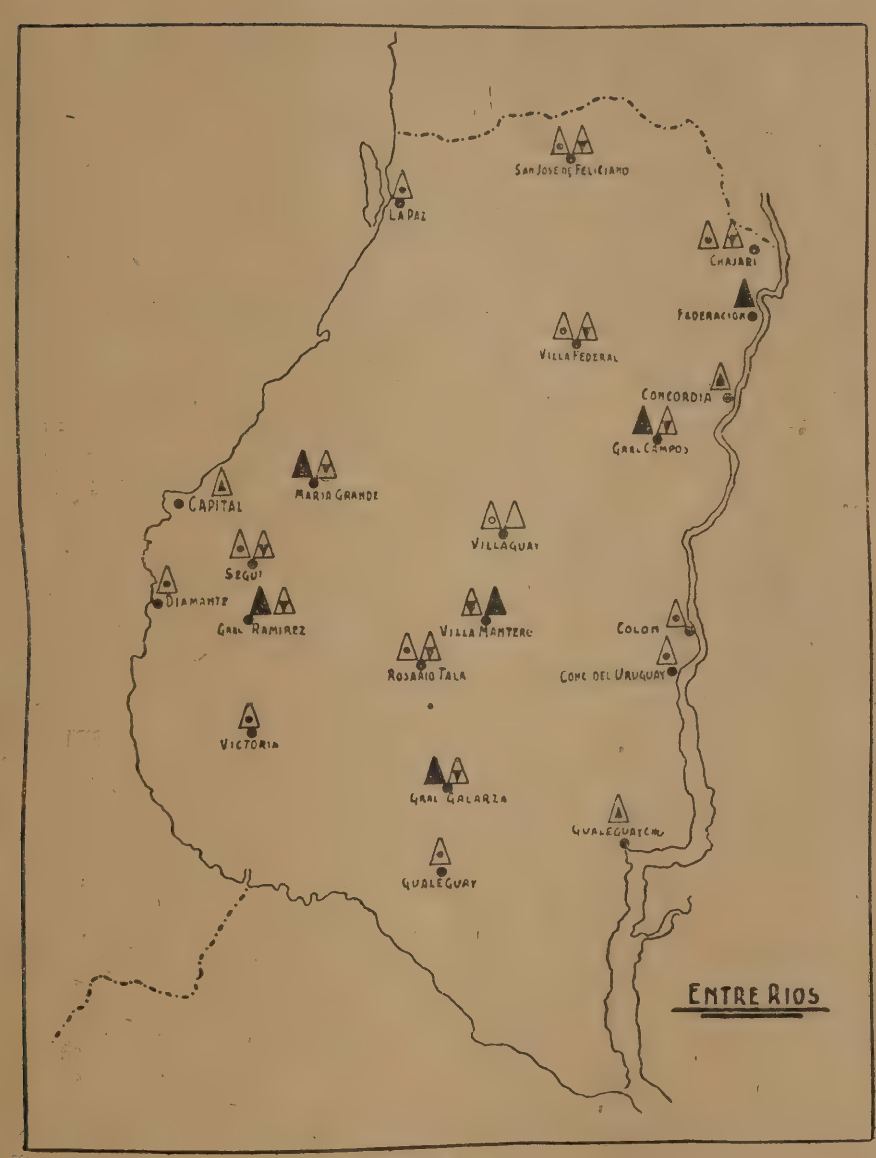

San Jose de Feliciano
La Paz
Chajari
Federacion
Villa Federal
Concordia
Gral. Campos
Maria Grande
Capital
Villaguay
Segui
Diamante
Gral. Ramirez
Villa Mantero
Colon
Rosario Tala
Conc. del Uruguay
Victoria
Gral. Galarza
Gualeguaychu
Gualeguay
Entre Rios

Figura N.° 37

JUJUY

DISTRIBUCION DE MEDIOS Y DE CAMAS PROYECTADAS

Ledesma	50 Camas		
San Pedro	50 »		
El Carmen	30 »		
La Quiaca	50 »		
Tilcara	50 »		
Abra Pampa	20 »	C. A.	
Santa Catalina		C.M.I.	C. A.
Rinconada		C.M.I.	C. A.
El Aguilar		C.M.I.	C. A.
Humahuaca	30 »		
Tumbaya		C.M.I.	C. A.
Jujuy	100 »		

RESUMEN MEDIOS PROYECTADOS

Maternidades Escuela	1	100 Camas
Maternidades	7	280 »
Hosp. Materno Infantil	—	——
Centros M. I.	4	——
Centros Ambulantes	5	——

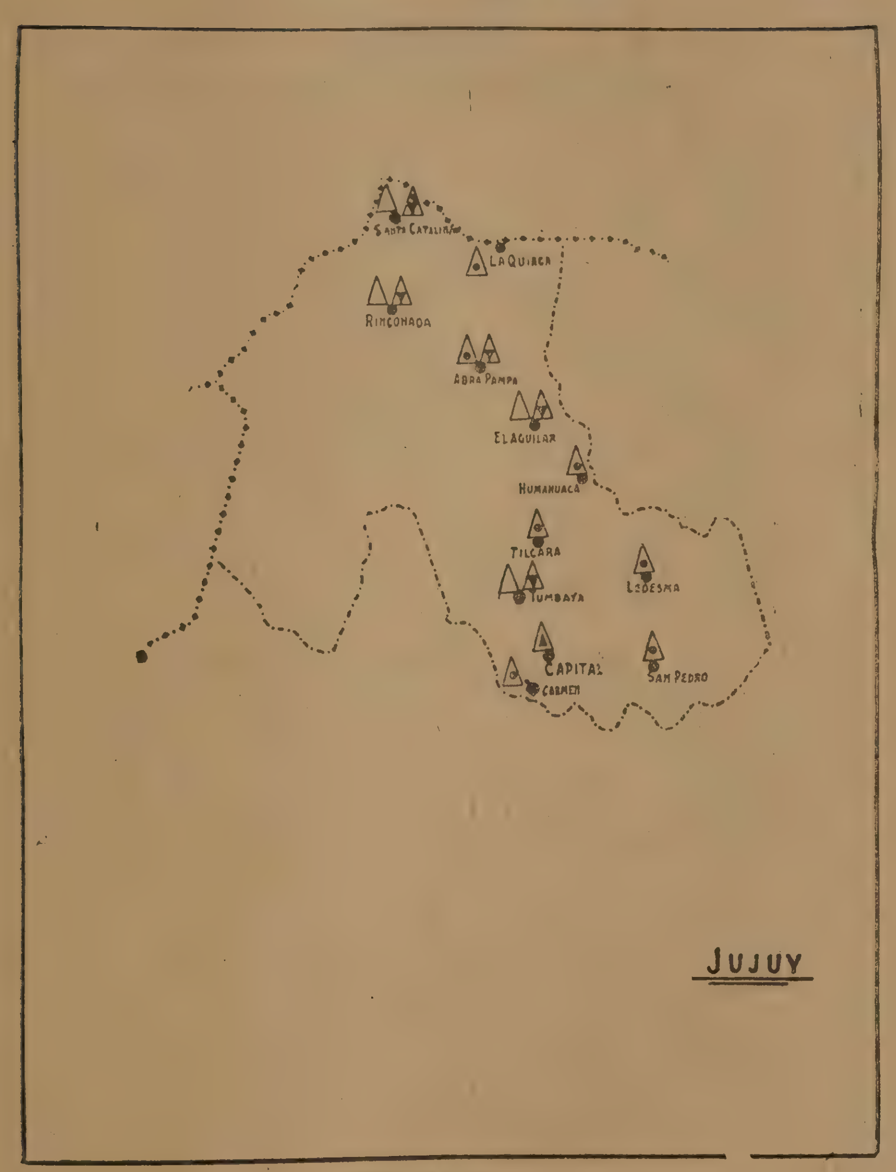

SANTA CATALINA
LA QUIACA
RINCONADA
ABRA PAMPA
EL AGUILAR
HUMAHUACA
TILCARA
TUMBAYA
LEDESMA
CAPITAL
SAN PEDRO
CARMEN
JUJUY

Figura N.° 38

MENDOZA

DISTRIBUCION DE MEDIOS Y CAMAS PROYECTADAS

Malargüé	50 Camas	C. A.
Perdriel		C. M. I.
Tunuyán	25 »	
General Alvear	50 »	C. A.
San Rafael	50 »	C. A.
Villa Atuel	50 »	
Uspallata	10 »	
Rivadavia		C. M. I.
Santa Rosa	10 »	
Las Catitas	10 »	
La Consulta		C. M. I.
La Paz	10 »	C. A.
Tupungato	40 »	C. A.
Los Corrales	20 »	C. A.
Eugenio Bustos		C. M. I.
Chilecito	15 »	C. A.
Monte Comán	20 »	

RESUMEN MEDIOS PROYECTADOS

Maternidades Escuela	—	———
Maternidades	12	320 Camas
Hosp. Materno Infantil	1	40 »
Centros M. I.	4	———
Centros Ambulantes	7	———

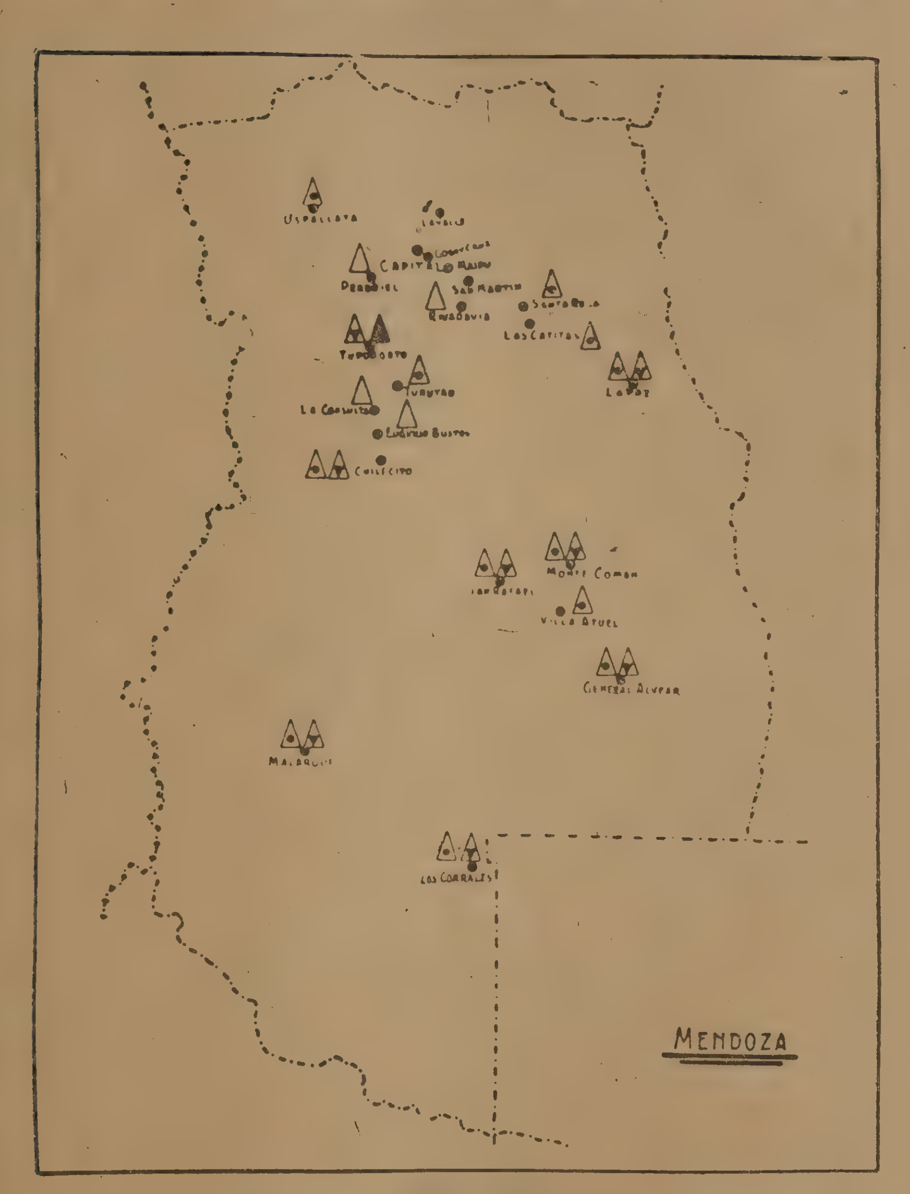

Uspallata
Capital
San Martín
Rivadavia
Santa Rosa
Los Catitas
La Paz
Tupungato
Tunuyán
La Consulta
Eugenio Bustos
Chilecito
Monte Comán
Villa Atuel
General Alvear
Malargüe
Los Corrales
MENDOZA

Figura N.º 39

SAN JUAN

DISTRIBUCION DE MEDIOS Y CAMAS PROYECTADOS

Valle Fértil	20	Camas		
San Juan	200	»		
Villa Colón	20	»		
Media Agua	30	»		
Jachal	80	»		
Santa Rosa	25	»		
Pampa del Chañar			C. M. I.	C. A.
Barreal			C. M. I.	C. A.
Huaco			C. M. I.	C. A.
Tamberías			C. M. I.	——
San Agustín	20	»		C. A.
Astica			C. M. I.	C. A.
Pocito	40	»		
Caucete	50	»		
Calingasta	25	»		
Bermejo			C. M. I.	C. A.
Carpintería	30	»		
Ullun			C. M. I.	

RESUMEN MEDIOS PROYECTADOS

Maternidades Escuela	1	200	Camas
Maternidades	9	300	»
Hosp. Materno Infantil	1	40	»
Centros M. I.	7		
Centros Ambulantes	6		


SAN JUAN
PAMPA DEL CHAÑAR
HUACO
JACHAL
IGLESIA
SAN AGUSTIN
ASTICA
CALINGASTA
ULLUN
ALBARDON
SAN MARTIN
CAPITAL
BERMEJO
DESAMPARADOS
ANGACO SUD
TAMBERIAS
CAUCETE
ABERASTAIN
POCITO
VILLA COLON
RINCONADA
SANTA ROSA
BARREAL
CARPINTERIA
MEDIA AGUA
CAÑADA HONDA

Figura N.º 40

SAN LUIS

DISTRIBUCION DE MEDIOS Y CAMAS PROYECTADOS

San Luis	150	Camas	
Mercedes	200	»	
Justo Daract	30	»	
Concorán	20	»	
Luján	15	»	C. A.
Tilisarao	15	»	
Santa Rosa	15	»	
Beazley	15	.	C. A.
Anchorena	15	.	C. A.
Buena Esperanza	10	»	
Nahuel Mapá	15	»	C. A.
Fortuna	15	»	C. A.
Martín de Loyola	15	.	C. A.
Unión	15	»	C. A.
San Martín	—	C. M. I.	

RESUMEN MEDIOS PROYECTADOS

Maternidades Escuela	2	350	Camas
Maternidades	12	195	»
Hosp. Materno Infantil	—		
Centros M. I.	1		
Centros Ambulantes	7		

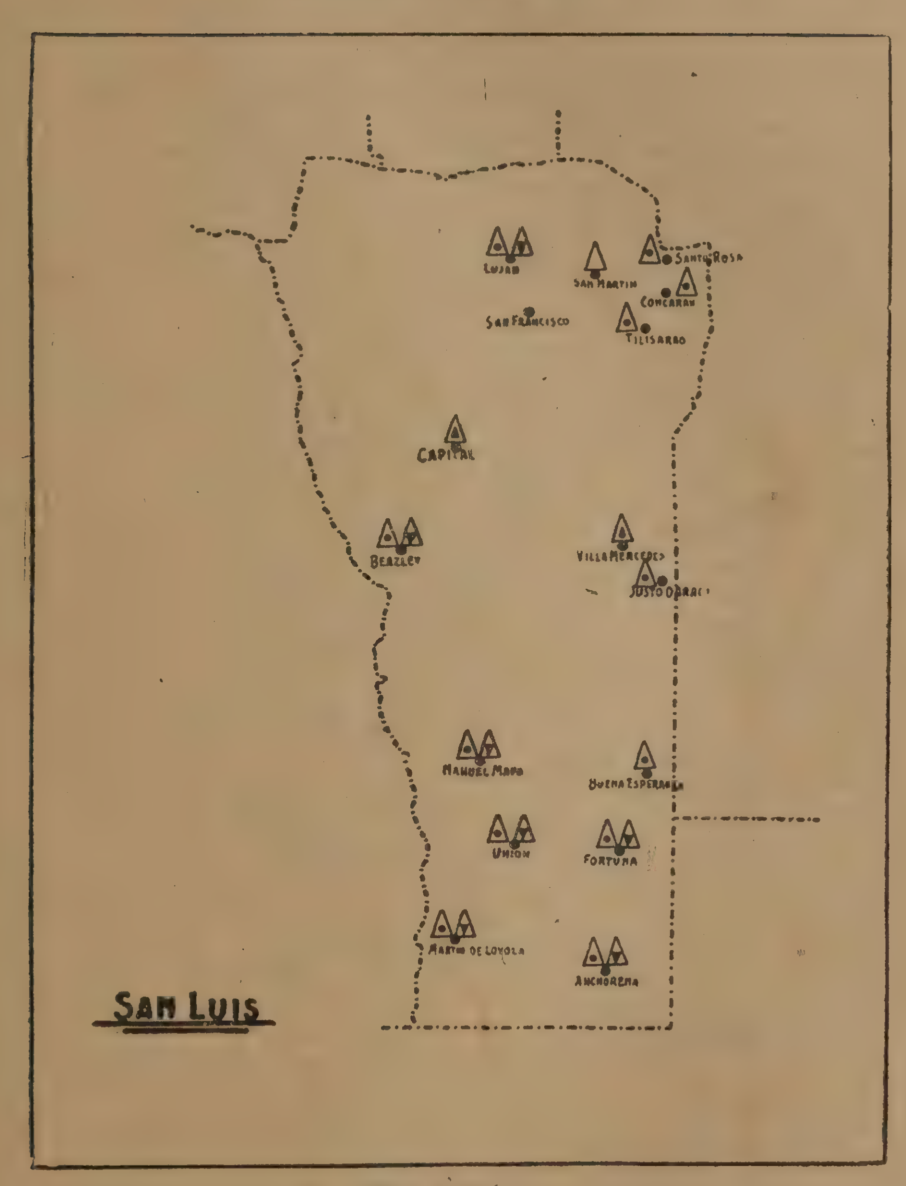

LUJAN
SAN MARTIN
SANTA ROSA
CONCARAN
SAN FRANCISCO
TILISARAO
CAPITAL
BEAZLEY
VILLA MERCEDES
JUSTO DARACT
BUENA ESPERANZA
UNION
FORTUNA
MARTIN DE LOYOLA
ANCHORENA
SAN LUIS

Figura N.° 41

SANTA FE

DISTRIBUCION DE MEDIOS Y CAMAS PROYECTADOS

Reconquista	60	Camas	
San Javier	60	»	
Helvecia	60	»	
Las Toscas	40	»	
Tortugas	30	»	
Villa Constitución	60	»	
Alcorta	40	»	
San Cristóbal	60	»	C. A.
San Justo	30	»	
Sastre	30	»	
Cañada de Gómez	100	»	
Venado Tuerto	30	»	
San Urbano	20	»	
Golondrina	30	»	C. A.
Vera	60	»	
Rafaela	100	»	
Rosario	250	»	
Gálvez	30	»	

RESUMEN MEDIOS PROYECTADOS

Maternidades Escuela	3	450	Camas
Maternidades	13	560	»
Hosp. Materno Infantil	2	80	»
Centros Ambulantes	2		

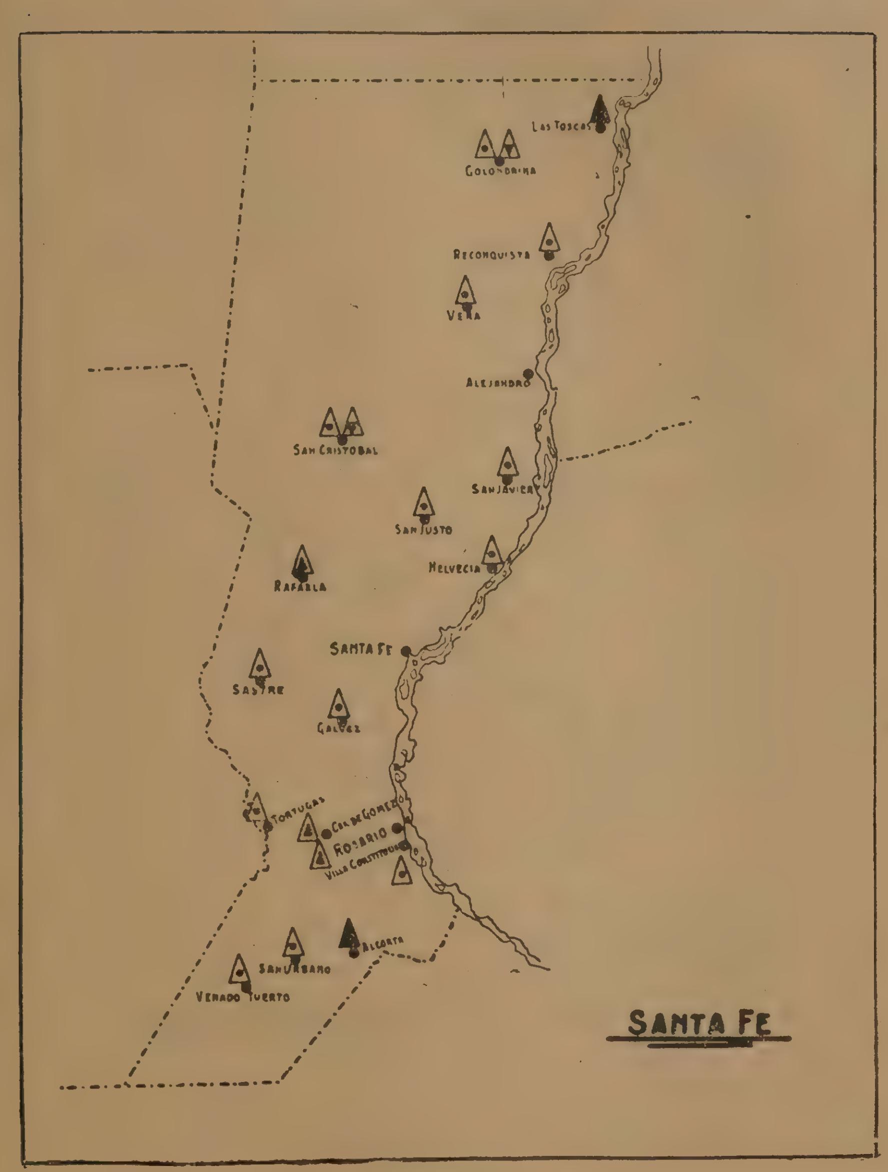

Las Toscas
Golondrina
Reconquista
Vera
Alejandro
San Cristobal
San Javier
San Justo
Helvecia
Rafaela
Santa Fe
Sastre
Galvez
Tortugas
Col de Gomez
Rosario
Alcorta
San Urbano
Venado Tuerto
SANTA FE

Figura N.º 42

SANTIAGO DEL ESTERO

DISTRIBUCION DE MEDIOS Y CAMAS PROYECTADOS

Monte Quemado	40	Camas	C. A.
Quebracho Coto	20	»	C. A.
Tintina	50	»	C. A.
Santiago	300	»	
Quimilí	50	»	C. A.
Fernández	50	»	
Garza	30	»	
Herrera	40	»	
Atamisqui	30	»	C. A.
Icaño	30	»	
Guardia Escolta	30	»	C. A.
Selva	50	»	C. A.
Nueva Esperanza	20	»	C. A.
Campo Gallo	50	»	C. A.
La Banda	200	»	
Termas	40	»	C. A.
Suncho Corral	50	»	C. A.
San Pedro	30	»	C. A.
Loreto	30	»	
Frías	100	»	C. A.
Añatuya	100	»	
Bandera	30	»	
Ojo de Agua	50	»	C. A.

RESUMEN MEDIOS PROYECTADOS

Maternidades Escuela	4	700 Camas
Maternidades	16	610 »
Hosp. Materno Infantil	3	120 »
Centro M. I.	—	———
Centros Ambulantes	14	———

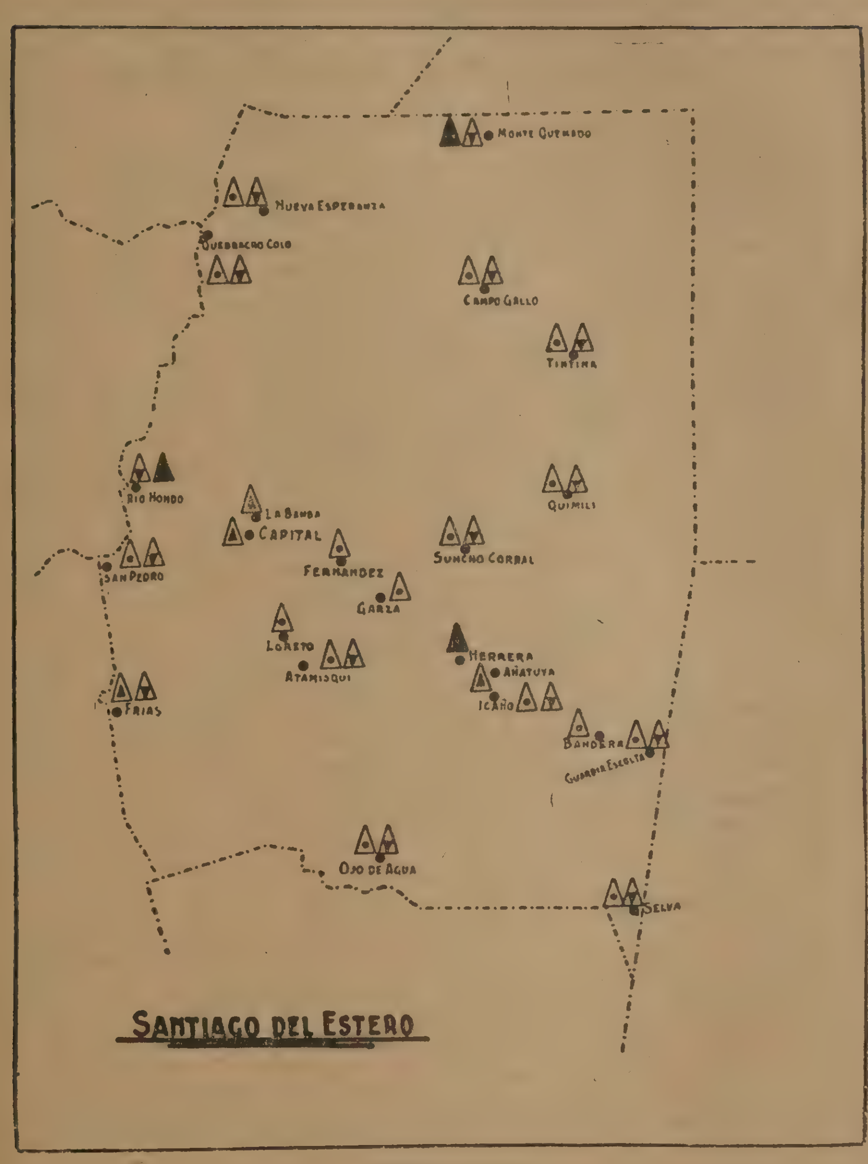

Monte Quemado
Nueva Esperanza
Quebracho Coto
Campo Gallo
Tintina
Rio Hondo
Quimili
La Banda
Capital
Fernandez
Suncho Corral
San Pedro
Garza
Loreto
Herrera
Atamisqui
Añatuya
Frias
Icaño
Bandera
Guardia Escolta
Ojo de Agua
Selva
Santiago del Estero

Figura N.º 43

LA RIOJA

DISTRIBUCION DE MEDIOS Y CAMAS PROYECTADOS

La Rioja	100	Camas	
Chepes	30	»	C. A.
Villa Unión	35	»	C. A.
El Milagro	30	»	C. A.
Chilecito	25	»	
Famatina	20	»	
Gobernador Gordillo	30	»	
Vinchina	30	»	C. A.
Sálicas	25	»	
Aminga	15	»	C. A.
Santa Rita de Catuna	15	»	C. A.
Guandacol	15	»	
Olta	10	»	C. A.
Mazán	15	»	C. A.
Campana	20	»	C. A.
Patquia	20	»	C. A.
Aimogasta	20	»	

RESUMEN MEDIOS PROYECTADOS

Maternidades Escuela	1	100 Camas
Maternidades	16	355 »
Hosp. Materno Infantil	—	———
Centros M. I.	—	———
Centros Ambulantes	10	———


SALICAS
CAMPANA
CHILECITO
CAPITAL
PATQUIA
OLTA
EL MILAGRO
CHEPES
LA RIOJA

Figura N.º 41

TUCUMAN

DISTRIBUCION DE MEDIOS Y CAMAS PROYECTADOS

San Pedro de Colalao	14	Camas	C. A.
Colalao del Valle	14	»	
Amaicha	14	»	C. A.
Burruyacú	14	»	
El Naranjo	14	»	C. A.
Tafí Viejo	40	»	
Tucumán	500	»	
Lules	40	»	
Los Puertos	14	»	
Monteros	80	»	
Simoca	40	»	
Concepción	120	»	
Aguilares	40	»	
Villa Alberdi	80	»	
Lamadrid	40	»	C. A.
La Cocha	40	»	C. A.

RESUMEN DE MEDIOS PROYECTADOS

Maternidades Escuela	2	620 Camas
Maternidades	8	244 »
Hosp. Materno Infantil	6	240 »
Centros M. I.	—	—
Centros Ambulantes	5	—


S PEDRO DE COLALAO
COLALAO DEL VALLE
AMAICHE DEL VALLE
BURRUYACU
EL NARANJO
TAFI VIEJO
CAPITAL
TAFI DEL VALLE
LULES
MONTEROS
LOS PUESTOS
SIMOCA
CONCEPCION
AGUILARES
V ALBERDI
LAMADRID
LA COCHA
TUCUMAN

Figura N.º 45

SALTA

DISTRIBUCION DE MEDIOS Y CAMAS PROYECTADOS

Orán	50	Camas		C. A.
Tartagal	50	»		C. A.
Embarcación	30	»		C. A.
Rosario de la Frontera	50	»		
J. V. González	50	»		C. A.
Rosario de Lerma	50	»		
El Galpón	30	»		
San Antonio de los Cobres	—	»	C. M. I.	
Güemes	—	»	C. M. I.	
Metán	80	»		
Campo Santo	50	»		
Cafayate	50	»		C. A.
Morillo	30	»		C. A.
El Carril	50	»		
Cachí	30	»		C. A.
Salta	100	»		
Rivadavia	—	»	C. M. I.	C. A.
Santa Victoria	—	»	C. M. I.	C. A.

RESUMEN DE MEDIOS PROYECTADOS

Maternidades Escuela	1	100 Camas
Maternidades	13	600 »
Hosp. Materno Infantil	—	———
Centros M. I.	4	———
Centros Ambulantes	10	———

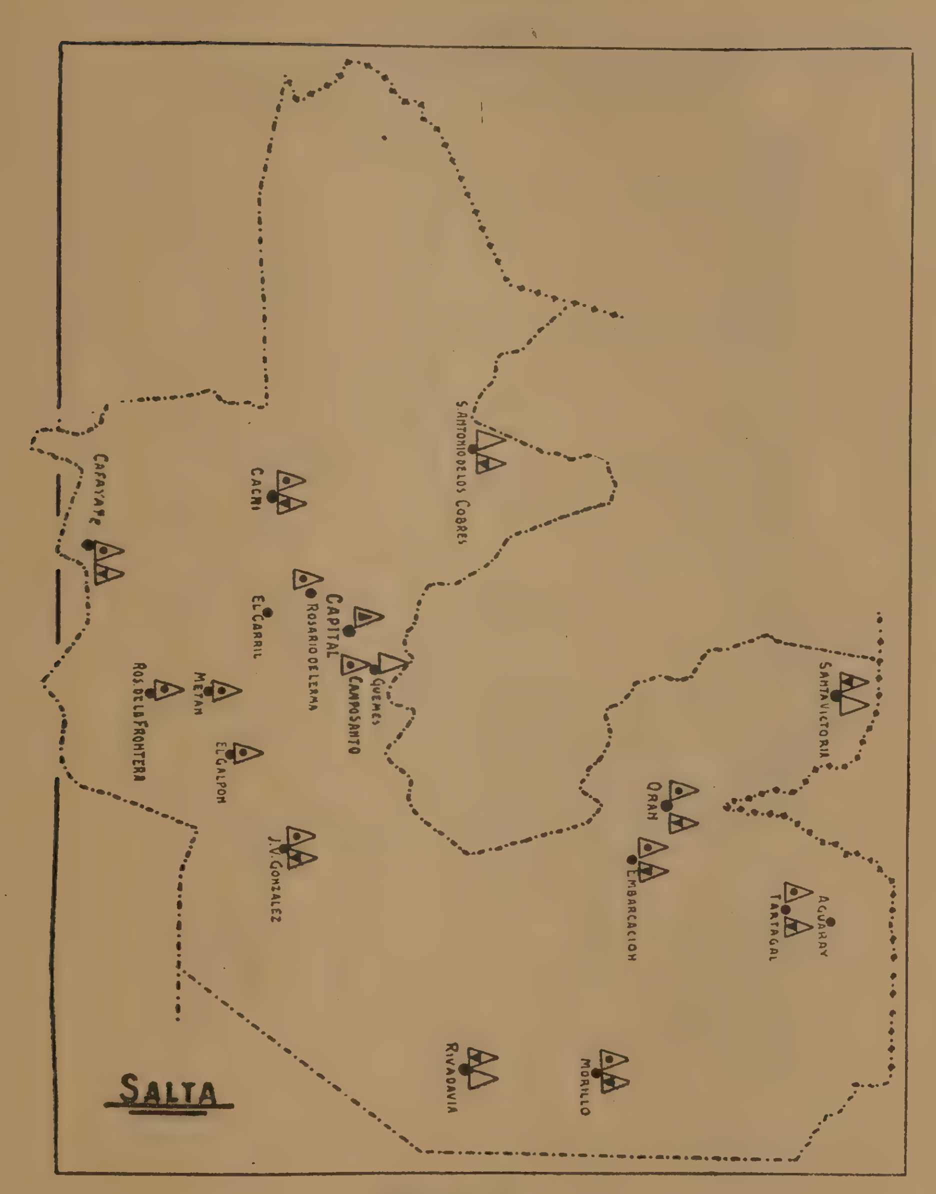

SALTA
CAFAYATE
CACHI
S. ANTONIO DE LOS COBRES
EL CARRIL
ROSARIO DE LERMA
CAPITAL
GUEMES
CAMPOSANTO
METAN
ROS. DE LA FRONTERA
EL GALPON
J. V. GONZALEZ
SANTA VICTORIA
ORAN
EMBARCACION
AGUARAY
TARTAGAL
RIVADAVIA
MORILLO

Figura N.º 46

CHACO

DISTRIBUCION DE MEDIOS Y CAMAS PROYECTADOS

El Pintado	50	Camas		
Colonia Castelli	40	»		C. A.
Pampa del Infierno	30	»		C. A.
Tres Isletas	40	»		
El Zapallar	30	»		
Apía Terai	—	»	C. M. I.	
Presidencia Sáenz Peña	100	»		
Machagai	60	»		
Capitán Solari	20	»		C. A.
Las Breñas	50	»		C. A.
Charata	60	»		
General Capdevila	—	»	C. M. I.	
Villa Angela	50	»		C. A.
Villa Berthet	20	»		C. A.
Presidente La Plaza	50	»		
Horquilla	20	»		C. A.
Colelai	—	»	C. M. I.	
Tirol	20	»		
Resistencia	250	»		
La Sábana	30	»		C. A.
Basail	30	»		C. A.
Makallé	20	»		
Puerto Bermejo	50	»		C. A.

RESUMEN MEDIOS PROYECTADOS

Maternidades Escuela	2	350 Camas
Maternidades	16	590 »
Hosp. Materno Infantil	2	80 »
Centros M. I.	3	———
Centros Ambulantes	10	———

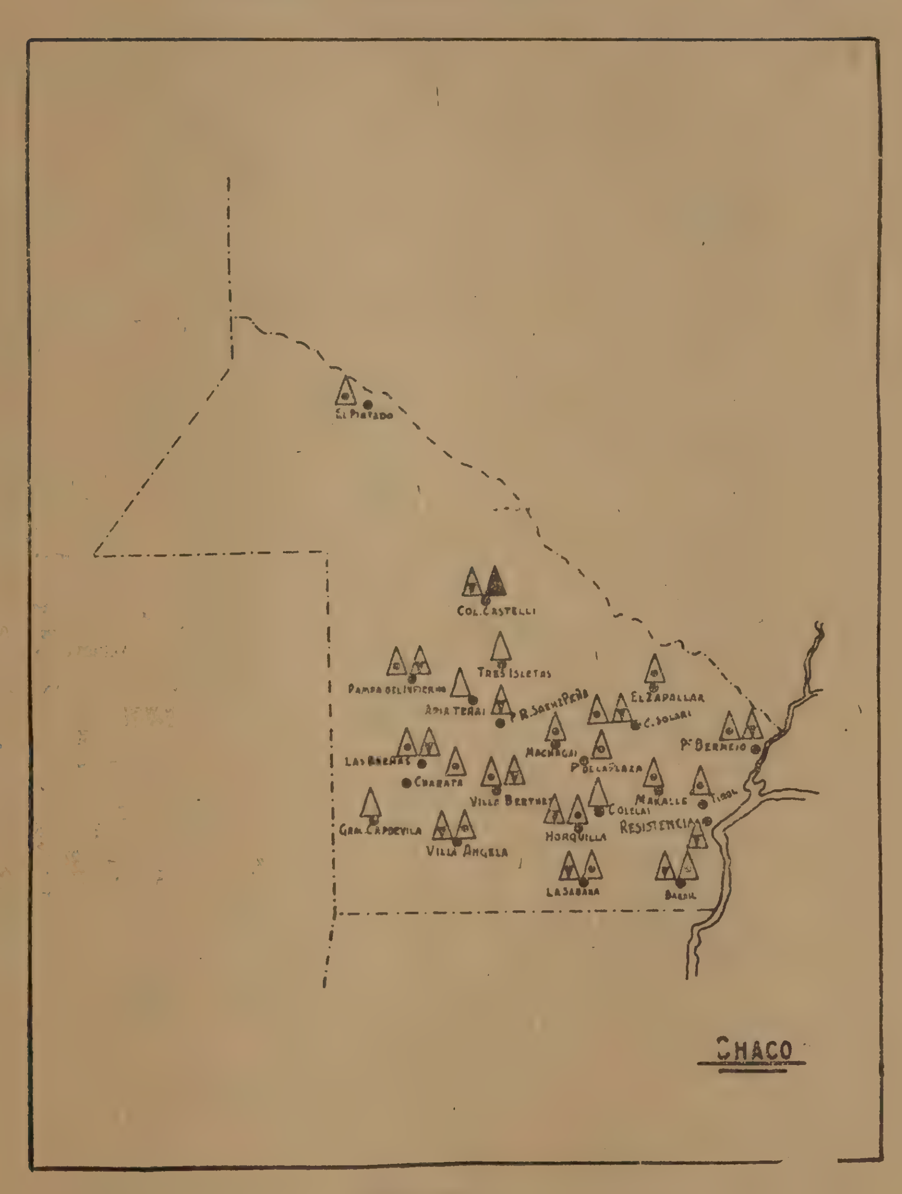

COL. CASTELLI
TRES ISLETAS
EL ZAPALLAR
MACHAGAI
CHARATA
VILLA ANGELA
HORQUILLA
RESISTENCIA
LA SABANA
CHACO

Figura N.º 47

CHUBUT

DISTRIBUCION DE MEDIOS Y CAMAS PROYECTADOS

Esquel	100 Camas	
Trelew	100 »	
Sarmiento	50 »	C.A.
Paso Río Negro	25 »	»
Paso de los Indios	50 »	»
Cholilla	20 »	»
Alto Río Pico	20 »	»
Gan Gan	20 »	»
Gualjaina	10 »	
Gaimán	30 »	
C. Rivadavia	100 »	
Camarones	20 »	C.A.
Dolavon	20 »	
Travelín		C.M.I.
Puerto Madryn	50 »	
Tecka	20 »	C.A.
Ensanche Colonia Sarmiento	30 »	
Colonia San Martín	50 »	
Gastre	30 »	C.A.
Telsen	30 »	»
Las Palmas	30 »	»

RESUMEN MEDIOS PROYECTADOS

Maternidades Escuela	3	300 camas
Maternidades	18	505 »
Hosp. Materno Infan.	—	—
Centros M. I.	1	—
Centros Ambulantes	11	—



Figura N.º 48

FORMOSA

DISTRIBUCION DE MEDIOS Y CAMAS PROYECTADOS

El Chorro	30	Camas	C. A.
Ingenio Juárez	20	»	C. A.
Florencia	30	»	
Las Lomitas			C. M. I.
Pozo del Tigre	40	»	C. A.
Estanislao del Campo			C. M. I.
Ibarreta	20	»	C. A.
Comandante Fontana	30	»	
Palo Santo	20	»	
Pirané	30	»	C. A.
Laguna Blanca	30	»	C. A.
Clorinda	30	»	C. A.
El Colorado	20	»	C. A.
Herradura	20	»	C. A.
Formosa	100	»	

RESUMEN MEDIOS PROYECTADOS

Maternidades Escuela	1	100 Camas
Maternidades	11	280 »
Hosp. Materno Infan.	1	40 »
Centros M. I.	2	———
Centros Ambulantes	9	———


El Chorro
Ing. Juarez
Florencia
Las Lomitas
Pozo del Tigre
E. del Campo
Ibarreta
Co Fontana
Palo Santo
Pirane
Lag. Blanca
Clorinda
Formosa
El Colorado
Herradura
FORMOSA

Figura N.º 49

MISIONES

DISTRIBUCION DE MEDIOS Y CAMAS PROYECTADOS

Puerto Iguazú	20	Camas	C. A.
El Dorado	80	»	
Bernardo de Irigoyen	40	»	C. A.
San Pedro	30	»	C. A.
Puerto Rico	20	»	C. A.
San Ignacio	50	»	
Santa Ana	20	»	
Oberá	60	»	
Bompland	20	»	
Cerro Azul	30	»	
Leandro N. Alem	30	»	
Cerro Corá	20	»	C. A.
Candelaria	20	»	
Posadas	150	»	
Itacuararé	50	»	C. A.
San Javier	20	»	
Concepción de la Sierra	50	»	
San José	20	»	
Apóstoles	30	»	

RESUMEN MEDIOS PROYECTADOS

Maternidades Escuela	1	150	Camas
Maternidades	17	610	»
Hosp. Materno Infan.	1	40	»
Centros M. I.	—	—	
Centros Ambulantes	6	—	


Puerto Iguazu
El Dorado
San Pedro
Puerto Rico
Posadas
San Ignacio
Santa Ana
Obera
Cerro Azul
Candelaria
I. N. Alem
San Jose
Itacubere
San Javier
Apostoles
Concepcion de la Sierra
MISIONES

Figura N.º 50

NEUQUEN

DISTRIBUCION DE MEDIOS Y CAMAS PROYECTADOS

Neuquén	40	Camas	
Zapala	100	»	
San Martín de los Andes	40	»	
Buta Ranquil	15	»	
Chos Malal	15	»	
Loncopué	10	»	
Las Lajas	10	»	
Piedra del Aguila	15	»	
Aluminé	10	»	
Villa La Angostura	20	»	
Pehuenches			C. M. I.
Cutralcó			C. M. I.
Picú Leufú			C. M. I.
Junín de los Andes			C. M. I.

RESUMEN MEDIOS PROYECTADOS

Maternidades Escuela	1	100	Camas
Maternidades	7	95	»
Hosp. Materno Infantil	2	80	»
Centros M. I.	4	—	
Centros Ambulantes	—	—	


BUTA RANQUILO
CHOS MALAL
PEHUENCHES
LONCOPUE
LAS LAJAS
ZAPALA
CUTRALCO
NEUQUEN
ALUMINE
PICULEUFU
JUNIN DE LOS ANDES
PIEDRA DEL AGUILA
SAN MARTIN DE LOS ANDES
VILLA ANGOSTURA
NEUQUEN

Figura N.º 51

LA PAMPA

DISTRIBUCION DE MEDIOS Y CAMAS PROYECTADOS

Jardón	20	Camas	
Parera	30	»	C. A.
Alta Italia	20	»	C. A.
Trenel	30	»	C. A.
Quemú-Quemú	30	»	C. A.
Barón	20	»	
Lonquimay	20	»	C. A.
Victorica	30	»	C. A.
Santa Isabel	30	»	C. A.
Limay Mahuída	20	»	C. A.
General Acha	50	»	
Macachín	30	»	C. A.
Chacharamendi	30	»	C. A.
Alpachiri	15	»	
Bernasconi	30	»	C. A.
Río Colorado	30	»	C. A.
Puelches	30	»	C. A.
Realicó	30	»	
Intendente Alvear	40	»	C. A.
General Pico	80	»	
Castex	40	»	
Winifreda	20	»	
Santa Rosa	100	»	
Uriburu	15	»	
Telén	15	»	
Puelén	40	»	C. A.
Doblas	15	»	
Rolón	15	»	
Guatraché	30	»	C. A.
San Martín	10	»	
Cuchillo-Có	20	»	C. A.

RESUMEN MEDIOS PROYECTADOS

Maternidades Escuela	1	100	Camas
Maternidades	27	725	»
Hosp. Materno Infan.	3	120	»
Centros M. I.	—	—	
Centros Ambulantes	17	—	

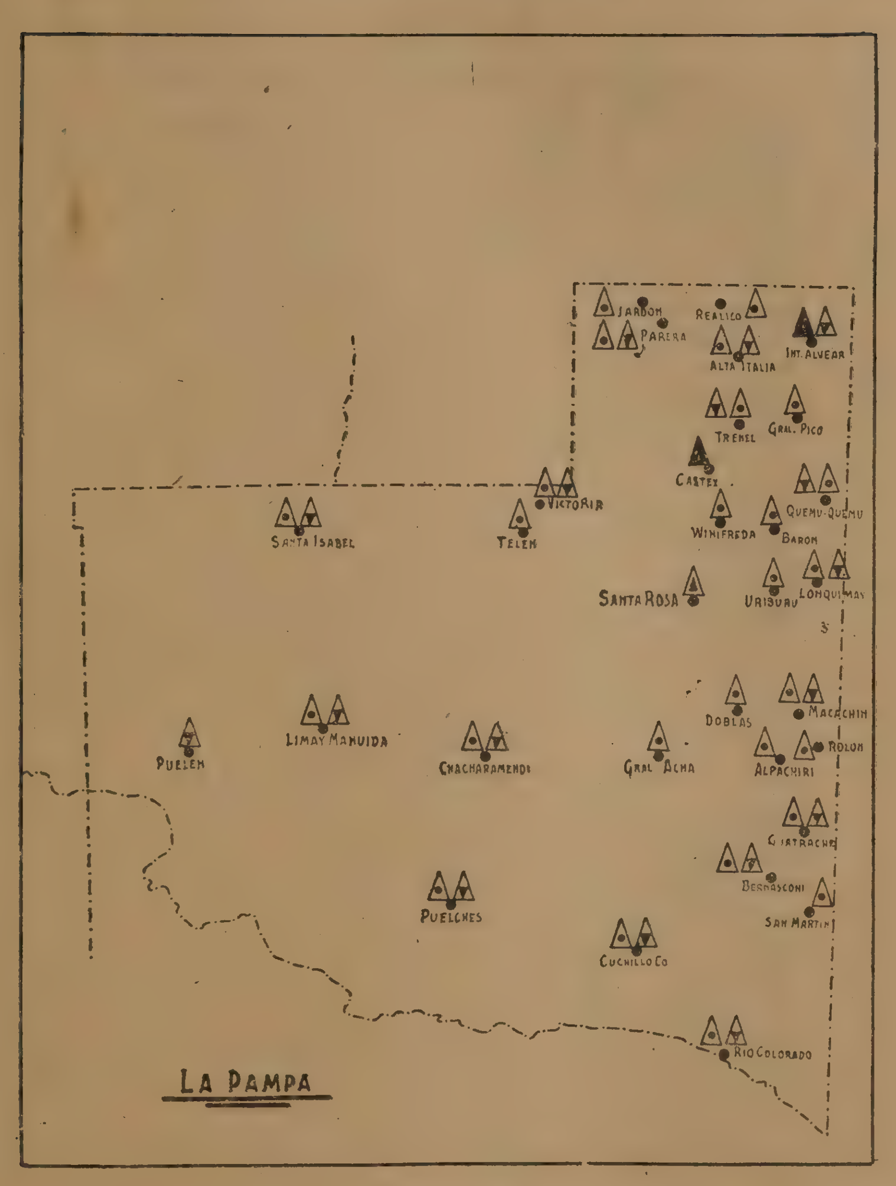

JARDON
REALICO
PARERA
ALTA ITALIA
INT. ALVEAR
TRENEL
GRAL. PICO
CASTEX
VICTORIA
SANTA ISABEL
TELEN
QUEMU-QUEMU
WINIFREDA
BARON
SANTA ROSA
URIBURU
LONQUIMAY
DOBLAS
MACACHIN
ROLON
PUELEN
LIMAY MAHUIDA
CHACHARAMENDI
GRAL ACHA
ALPACHIRI
GUATRACHE
BERNASCONI
SAN MARTIN
PUELCHES
CUCHILLO CO
RIO COLORADO
LA PAMPA

Figura N.° 52

RIO NEGRO

DISTRIBUCION DE MEDIOS Y CAMAS PROYECTADOS

Viedma	100	Camas	
Bariloche	40	»	
Villa Regina	20	»	
General Roca	100	»	
Allen	25	»	
Cipolleti	20	»	
San Antonio Oeste	20	»	
Río Colorado	25	»	C. C.
Jacobaci	25	»	
Choele Choel	20	»	C. A.
Coronel Pringles	20	»	C. A.
General Conesa	20	»	C. A.
Valcheta	10	»	
Sierra Colorada	10	»	
Los Menucos	15	»	
Ñorquincó	15	»	
Coná Niyeu	15	»	C. A.
Nahuel Niyeu			C. M. I.
Maquinchao			C. M. I.
El Bolsón			C. M. I.
El Cuy	20	»	C. A.

RESUMEN DE MEDIOS PROYECTADOS

Maternidad Escuela	2	200	Camas
Maternidades	15	280	»
Hosp. Materno Infan.	1	40	»
Centros M. I.	3	—	
Centros Ambulantes	6	—	


RIO NEGRO
VIEDMA
CEL. PRINGLES
GRAL. CONESA
S. ANTONIO OESTE
RIO COLORADO
CHOELE CHOEL
VALCHETA
VILLA REGINA
MAHUEL NIYEU
FUERTE GRAL. ROCA
CIPOLLETI
ALLEN
SIERRA COLORADA
LOS MENUCOS
CONAH NIYEO
EL CUY
MAQUINCHAO
ING. JACOBACCI
COMALLO
PASO FLORES
PILCANIYEU
S. CARLOS DE BARILOCHE
ÑORQUINCO
EL BOLSON

Figura N.º 53

SANTA CRUZ

DISTRIBUCION DE MEDIOS Y CAMAS PROYECTADOS

Colonia Las Heras	20 Camas	C. A.
Lago Buenos Aires	20 »	C. A.
Puerto Deseado	40 »	
Cañadón León	15 »	C. A.
San Julián	30 »	
Comandante Piedra Buena		C. M. I.
Santa Cruz	30 »	
Río Gallegos	40 »	
Mata Amarilla	20 »	C. A.
Esperanza	20 »	C. A.
Tehuelche	20 »	C. A.

RESUMEN MEDIOS PROYECTADOS

Maternidades Escuela	—	—
Maternidades	8	175 Camas
Hosp. Materno Infan.	2	80 »
Centros M. I.	1	—
Centros Ambulantes	6	—

TIERRA DEL FUEGO

DISTRIBUCION DE MEDIOS Y CAMAS PROYECTADOS

Río Grande	20 Camas
Ushuaia	20 »

RESUMEN MEDIOS PROYECTADOS

Maternidades	2	40 Camas


Puerto Deseado
Cañadon Leon
San Julian
Rio Gallegos
Santa Cruz
Tierra del Fuego

Figura N.º 54

CAPITULO IX

HIGIENE Y MEDICINA ESCOLAR

Asegurar un desarrollo armónico del niño física y mentalmente, a través de la asistencia preventiva médica y social para formar hombres sanos, fuertes y laboriosos.

Esta etapa de la vida es una de las que ha despertado mayor interés en las sanidades de las distintas partes del mundo, porque durante ella, el niño forma parte de una colectividad organizada y fácil de dirigir, que corresponde a la vida escolar.

A esta altura de la vida se inician en el niño los cambios morfopsicológicos que han de llevarlo paso a paso hacia la adolescencia y la juventud, atravesando verdaderas crisis en relación con su pubertad y la formación definitiva del sexo.

Por todo esto, la vigilancia y el cuidado que el Estado dispensa a los niños de esta edad, tanto desde el punto de vista de sus afecciones orgánicas como de sus tendencias o inclinaciones temperamentales, tendrá una influencia decisiva, no sólo en su supervivencia, sino también en la formación de su carácter y de su ideología, siendo por lo tanto, de valor excepcional para la formación de los hombres sanos y fuertes, con que debe contar el país.

EXTENDER LOS BENEFICIOS A LOS NIÑOS NO ESCOLARES

Desgraciadamente no todos los niños se benefician de la escuela común. Un alto porcentaje de ellos escapa a la acción médica y educativa. Factores de distancia unas veces, problemas económicos otras y la desidia, la ignorancia o el abandono en muchas oportunidades, impiden que el niño concurra a la escuela. Es deber de todo gobierno preocuparse por extender aquellos beneficios para que, dentro del menor tiempo posible, sea una realidad el que no exista ningún niño argentino analfabeto u olvidado por las autoridades sanitarias. Esta protección debe ser hecha en forma integral de manera que convierta al niño en un hombre útil, para lo cual es indispensable que haya sido antes un niño sano y educado en la verdad, que siendo capaz de luchar contra los obstáculos de

la vida, esté también preparado para apreciar lo bello y lo justo. La extensión de los beneficios, a que nos hemos referido, a los niños que actualmente no llegan a la escuela común, debe realizarse por la creación de obras de asistencia médico-social-pedagógicas y familiares que en forma progresiva se vayan estableciendo en todo el territorio de la Nación. Dichas obras son las mismas, ya indicadas en otro lugar, que se proyectan para la protección de la primera infancia y la edad preescolar. Su carácter es igual, siendo necesario solamente modificarlas, adaptándolas a la edad del niño que concurre a las escuelas.

INCORPORAR EL CUERPO MÉDICO ESCOLAR DEL CONSEJO NACIONAL DE EDUCACIÓN A SALUD PÚBLICA, COMO ORDENA EL ESTATUTO

La influencia de la sanidad en el medio escolar ha evolucionado en estos últimos años en el sentido de romper con la sujeción que aquélla ha mantenido siempre por parte de las autoridades administrativas y educacionales. Hoy se admite que la sanidad tiene una importancia igual o mayor que la función educativa, en forma tal que estas dos organizaciones, la que educa al niño y la que lo preserva y cura de sus enfermedades, aun cuando deben marchar a la par y en íntima colaboración, deben guardar absoluta independencia para poder imponer con toda autoridad sus postulados esenciales en las colectividades infantiles.

Con este nuevo concepto, la intervención médica dentro de las colectividades escolares debe pasar a depender directamente de la Secretaría de Salud Pública, para poder desarrollar una acción más orgánica y eficaz.

VIGILAR, ESTUDIAR Y RESOLVER TODOS LOS PROBLEMAS MEDICOS SOCIALES VINCULADOS AL MEDIO ESCOLAR Y A SUS CONCURRENTES

El estudio, la solución y la vigilancia de los distintos problemas médico-sociales, vinculados al niño escolar deben ser centralizados en un organismo especial de carácter científico y capaz por otra parte, de resolver en forma práctica los problemas del niño en esta edad. Lo primero que debe hacer este organismo es unificar las normas sanitarias a que deben estar sujetos todos los niños que concurren a las escuelas de todo el territorio de nuestra República. Es la única forma de terminar con la situación anormal de que los niños argentinos que viven en distintas provincias estén sometidos a reglamentos higiénicos, preventivos o curativos tan dispares como sucede en la actualidad.

La sanidad escolar ganará indiscutiblemente, si se obtiene una dirección centralizada capaz de enfocar integralmente la salud del niño. Para ello el médico escolar debe estar en colaboración

íntima con el maestro, el profesor, la visitadora y todo trabajador social que dedique su actividad en pro de la niñez. Debe llegar más allá del ambiente de la escuela, para actuar en el ambiente de la familia que, necesitada o mal constituída, influye en gran parte sobre la formación, tanto del cuerpo como del alma del niño.

MEDICINA PREVENTIVA ESCOLAR

La medicina preventiva en el medio escolar tiene amplio campo de acción. Si bien muchos niños llegan a la escuela después de haber padecido las enfermedades infecciosas comunes, otros pueden adquirirlas en esa edad, siendo acción preventiva evitar la contaminación de los demás, por medio del aislamiento precoz del infectante y la vacunación de los expuestos.

Hay que advertir que las enfermedades contagiosas propias de la infancia, se adelantan a la edad escolar cuando el niño ha sido concurrente de centros donde por iguales circunstancias se favorecen los contactos (jardín de infantes, escuela de párvulos, etc.). En este aspecto el médico escolar, así como el maestro y la visitadora escolar, tienen funciones que pueden llamarse de rutina, de tarea diaria.

Otra faz de la medicina preventiva es ofrecida por la investigación de las enfermedades inaparentes e invalidizantes que se ponen de manifiesto mediante los exámenes de salud, periódicamente efectuados. El descubrimiento precoz de esas enfermedades, entre las cuales ocupa el primer plano la tuberculosis, significa también el tratamiento precoz, evita así los retardos contraproducentes y mejora el rendimiento individual, que al fin, significa evitar pérdidas en el capital humano.

RECONOCIMIENTO PERIÓDICO

Este recurso básico de la medicina preventiva debe ser completo y repetido periódicamente siendo el ideal efectuarlo anualmente. Estos exámenes, mientras no existan los edificios propios, se efectuarán en las escuelas elegidas a tal efecto por su ubicación, utilizándose las más adecuadas en cada radio de ciudad o centros urbanos y suburbanos, para facilitar la concurrencia de los niños. «Medicina Preventiva» organizará, por medio de sus delegaciones en el interior del país, estos exámenes en las mismas condiciones; en las zonas poco pobladas utilizará el tren sanitario y los equipos motorizados. En las regiones más alejadas, donde la Secretaría de Salud Pública o las autoridades sanitarias locales no poseen elementos adecuados para llevar a cabo estos exámenes y

los tenga el Ministerio de Guerra, se solicitará su colaboración en las épocas en que sea más factible practicarlos.

En esta forma se alcanzará a descubrir y combatir precozmente las distintas enfermedades endémicas regionales: paludismo, ancylostomiasis, tracomatosis, bocio, etc., y al mismo tiempo, las enfermedades trasmisibles epidémicas, las sociales y las invalidizantes.

El reconocimiento médico periódico comprenderá el examen médico, odontológico, biológico, radiofotográfico de tórax e investigaciones de laboratorio que las circunstancias exijan.

Vacunación Preventiva: En el mismo acto del reconocimiento médico se controlará el cumplimiento de las vacunaciones preventivas que la ley exije, practicándolas cuando fuese necesario.

Ya está demostrado que las enfermedades trasmisibles que tienen recursos específicos de profilaxis, pueden ser dominadas quitándoles el carácter de epidémicas, reduciéndolas a casos aislados. Así como la vacunación antivariólica ha hecho desaparecer los peligros de este flagelo, lo mismo cabe esperar en lo que respecta a la tifoidea, difteria, tétanos, etc., que son en la actualidad eficazmente combatidas por las vacunaciones respectivas, ya sea en forma particular para una enfermedad o en forma combinada o mixta para dos enfermedades conjuntas (univacuna o múltiples).

Además de aplicarse las vacunaciones que ya son obligatorias por las leyes en vigencia (antivariólica, antidiftérica y en algunas zonas del país la antitífica), se tratará de efectuar en forma intensiva la vacunación antituberculosa de Calmette-Guerin, B.C.G. (Bacilobovino suficientemente atenuado), por ser el método más eficaz, según ya está demostrado por más de 20 años de aplicación en varios países del mundo, incluyendo algunos en que es obligatoria su práctica.

Se gestionará la sanción de leyes para la aplicación obligatoria de vacunaciones a medida que la experiencia lo vaya aconsejando.

LIBRETA SANITARIA

A partir del *primer* reconocimiento médico-periódico se iniciará o se continuará en el caso de que los niños ya los poseyeran, la entrega de los documentos sanitarios: Ficha Sanitaria; Libreta Sanitaria y Certificado de Salud.

La Ficha Sanitaria que se confeccionará por duplicado, registrará los resultados del examen practicado y de las vacunaciones que se lleven a cabo, enviándose el original a la Central de Medicina Preventiva y el duplicado a la Sección Higiene Escolar o sus delegaciones.

La Libreta Sanitaria, es un documento personal y privado, y registrará todos los datos concernientes al examen efectuado, transcribiéndolos de la ficha. Este documento será exhibido únicamente con motivo de los exámenes periódicos o de alguna enfermedad intercurrente para que se anote el diagnóstico y tratamiento.

El documento público que registra el cumplimiento del examen médico y exigible por autoridad competente es el «Certificado de Salud», en el cuál constará únicamente que el examen ha sido efectuado y la aptitud resultante.

Los tres documentos llevarán la misma numeración.

EXAMEN PSICOPEDAGÓGICO

Completando el reconocimiento periódico, debe practicarse durante el curso del año escolar, el examen psicopedagógico con la intervención de médicos especialistas: de psicólogos, de maestros-médicos, aprovechando así la competencia de técnico-profesionales. Con este examen se procura establecer una clasificación y selección previa, fundada sobre el nivel mental o el cuociente de inteligencia que permite separar rápidamente los niños regulares de aquellos sub-normales y los super-dotados. Es un reconocimiento de grandes masas que deberá ser completado por exámenes sucesivos y repetidos hasta formular la clasificación definitiva. Con estos exámenes, aprovechando los tests más diversos de inteligencia global de aptitudes, etc., se descubrirá la capacidad de cada niño con el fin de orientarlo a los estudios que mejor convengan a su constitución psíquica, su temperamento y sus aptitudes psicoprofesionales.

Para estos exámenes debe propiciarse la formación de técnicos profesionales, sobre la base de los maestros-médicos y, además, la instalación de Institutos completamente dotados de los elementos necesarios, así como de escuela anexa de aplicación para la preparación en cursos especiales de los técnicos ya mencionados y sus auxiliares.

CATASTRO

En la central de Medicina Preventiva se archivarán las fichas sanitarias correspondientes a los exámenes practicados en el ambiente escolar, con el objeto de efectuar las investigaciones de orden sanitario, demográfico, estadístico, etc. Al mismo tiempo servirán para reconstruir las libretas extraviadas, y extender duplicados.

Esta sección será la oficina de censo permanente, que se mantendrá al día, mediante los más modernos sistemas (ficha Hollerith) para estar en condiciones de dar los datos oficiales cada vez que las autoridades competentes lo requieran.

El catastro tuberculínico y radiológico, elemento principal en el examen periódico, será mantenido igualmente al día para poder determinar los índices correspondientes. Catastro electrocardiográfico: A todo niño que en el examen periódico se le compruebe o sospeche alguna afección cardiovascular se le enviará al examen complementario en la sección especializada correspondiente, donde se practicará examen clínico, telerradiografía, examen electrocardiográfico, etc. Con el resultado se efectuará el catastro correspondiente. A los niños enfermos se les ofrecerá la concurrencia al organismo asistencial pertinente y, en caso de asistencia privada, deberán someterse a observaciones periódicas, a fin de establecer la capacidad fundamental del niño enfermo y aconsejar los estudios y ocupaciones más adecuadas a su estado, evitando con ello la agravación de su afección.

PREVENTORIOS PARA HIJOS DE TUBERCULOSOS, LEPROSOS, ETC.

Los niños que en el examen periódico resulten sospechosos o enfermos de tuberculosis, etc., serán enviados a centros especializados para su completo estudio, ofreciéndose a los enfermos la asistencia de las instituciones del Estado.

Si en la investigación del foco o en exámenes periódicos o asistenciales, resultaren los padres tuberculosos, leprosos, etc., los hijos sanos, cuando no haya posibilidades de aprovechar el vínculo de la familia o de la colocación familiar, podrán ingresar a los preventorios respectivos, que siendo instituciones con carácter de internado, resolverán el problema de su cuidado, desarrollo y educación general.

ASISTENCIA MEDICO PEDAGÓGICA

La concurrencia del niño a la escuela da oportunidad para que los defectos precoces, deficiencias mentales, enfermedades congénitas o adquiridas puedan ser descubiertas con real provecho para el niño, pues en esta forma serán corregidas tempranamente, evitando que se transformen en problemas definitivos o insolubles en la vida del hombre.

Esta asistencia médica oportuna debe hacerse, tanto en la escuela como en el domicilio particular del niño, con la colaboración más estrecha entre los centros educacionales y sanitarios. Debe tener el niño una asistencia preferencial en los centros médicos de todo orden.

La aplicación de esta asistencia en forma precoz, continua y completa, dará en breve plazo óptimos resultados.

Dicha asistencia será de especial utilidad para los niños defectuosos, deficientes, lisiados y más aún para aquellos que, pre-

sentando trastornos corregibles de sus diversos aparatos, sistemas o sentidos, no pueden seguir normalmente el curso de la enseñanza, convirtiéndose en desatentos o indisciplinados, que constituyen una verdadera rémora para la tarea del educacionista. Todos estos niños pueden ser corregidos o mejorados con tratamientos adecuados y convertidos en seres útiles, asegurándoles un normal desarrollo ulterior.

CREAR EL CUERPO DE MAESTROS MEDICOS PARA DIRIGIR LAS ESCUELAS MEDICO-PEDAGOGICAS

Con el objeto de obtener técnicos profesionales para la asistencia de los niños en edad escolar, nada más conveniente que aprovechar la existencia de una falange de maestros médicos que puedan ofrecer su doble capacidad y experiencia como docentes y como médicos.

Es también oportuno dar cumplimiento a lo establecido en el art. 4.° de la ley 12.558 (preparación de maestros capacitados para ejercitar determinadas prácticas de enfermería), creando cursos complementarios y de perfeccionamiento para los docentes que quieran convertirse en auxiliares sanitarios.

Estos cursos se dictarán en distintas zonas del país y en manera muy especial en relación con los problemas sanitarios regionales.

Demás está agregar que la experiencia ya ha demostrado que es dentro del gremio de los maestros donde puede reclutarse el mejor elemento para la formación de enfermeros, visitadoras y asistentes sociales.

Maestros médicos y maestros auxiliares sanitarios asegurarán en las escuelas médico-pedagógicas un tratamiento adecuado a los deficientes mentales, inadaptados sociales, lisiados etc., obteniéndose de esta conjunción de esfuerzos un máximo de rendimiento y de beneficio en favor de la salud física y psíquica del escolar.

CLINICAS DE CONDUCTA

Dentro de las obras de carácter médico-escolar especial se encuentran las llamadas clínicas de conducta para niños indóciles, indisciplinados, anormales o con trastornos diversos del carácter y de la afectividad (díscolos).

Estas escuelas, que han tomado gran incremento en estos últimos años, sobre todo en ciertos países americanos, han producido resultados brillantes en el tratamiento de los niños de difícil educación. Es urgente que en nuestro país se instalen dichas clínicas para mejorar a los indisciplinados o con diversas anormalidades y evitar por otra parte que ellos sean confundidos

con los normales cuyo trato y educación interrumpen. Las clínicas de conducta deben ser derigidas por personal médico y docente especializado. No hay duda que el maestro médico puede llenar un papel importante en tales institutciones.

Estas escuelas especializadas podrán por medio de exámenes sistematizados, dar solución al problema tan debatido de la diferenciación del retardado verdadero con el falso retardado o retardado pedagógico, como ha sido llamado, el cual sin presentar afecciones de su sistema nervioso, debe solamente su retardo e inadaptabilidad a la influencia de causas ambientales, como el abandono moral, la familia mal constituída o necesitada, la falta de instrucción escolar, etc.

ESCUELAS DE ORTOFONIA

Aquellos niños que tengan defectos de pronunciación: dislalias, disfonías, tartamudez etc., o bien trastornos en la audición que hagan difícil la pronunciación o el lenguaje, deberán ser estudiados y asistidos en clínicas especiales de ortofonía o escuelas para defectuosos sensoriales.

Estas clínicas o escuelas podrán instalarse dentro de cada zona o distrito escolar en las grandes urbes. En los centros poco poblados se habilitarán grados especiales para esos alumnos. Cuando no sea posible la instalación de grados o escuelas se efectuará la asistencia a domicilio con maestras especializadas.

ASISTENCIA A DOMICILIO Y EN CONSULTORIOS DE HOSPITALES

La asistencia a domicilio y en consultorios de hospitales para los niños escolares, deberá organizarse en forma tal que no interrumpan las tareas educativas. Para tal fin deberán funcionar consultorios, dispensarios, centros de salud, etc., en los distintos hospitales, con horarios de mañana y de tarde para que puedan concurrir alternativamente los alumnos de las escuelas de ambos turnos.

ESCUELAS PARA RECUPERACION DE LISIADOS

Uno de los problemas que más ha preocupado a las sanidades modernas es el de la posibilidad de educar y readaptar para la vida útil al lisiado. En lo que se refiere al niño, esta preocupación se relaciona, sobre todo, con ciertas enfermedades de carácter epidémico, como la parálisis infantil, que producen la incapacidad física del niño para la deambulación, conservando, sin embargo, íntegras sus facultades intelectuales.

La sanidad moderna entiende que es un deber de todo gobierno preocuparse formalmente del niño lisiado, paralítico o con secuelas que, abandonado a sí mismo, está condenado a la vagancia o a la mendicidad. Es por esto que se ha organizado la forma en que la escuela concurra a educar a estos niños en su lecho de enfermos, ya que ellos no pueden concurrir a aquélla. En nuestro país se ha iniciado ya esta forma de recuperación intelectual del niño lisiado, habiéndose establecido convenios entre el Consejo Nacional de Educación y algunos servicios hospitalarios para niños paralíticos. La misión del gobierno consiste, como se deduce claramente de lo anteriormente expuesto, en hacerse cargo de estos niños, para lo cual bastaría con que esta preocupación se hiciera extensiva a todo el país, en donde existe una cifra no menor de 10.000 niños lisiados.

ASISTENCIA A NO VIDENTES, AMBLIOPES Y SORDOMUDOS

Hasta el momento actual el Estado se ha preocupado en forma precaria de los ciegos, pudiendo decirse que en verdad no se ha abarcado el problema en forma integral, cuando no se contempla a los ambliopes, mucho más numerosos y que ofrecen mayores y justificadas perspectivas para la vida útil y la recapacitación funcional.

La asistencia de esta categoría de lisiados debe organizarse en las grandes urbes de todo el país, evitando así la concentración indebida en la capital y combatiendo la vagancia y la explotación.

Todos estos lisiados pueden convertirse en individuos útiles para la sociedad. Cada readaptación lograda es un capital humano recuperado, en beneficio de la familia y de la sociedad.

Los grados para ambliopes deben organizarse con urgencia en esta capital y en todas las ciudades del país. Cuando el número sea suficiente se organizarán centros de educación médico-pedagógicos y técnico-profesionales.

Por otra parte, los que necesiten de una asistencia individual y carezcan de recursos serán internados en obras de protección y rehabilitación para esta clase de lisiados.

ASISTENCIA DE CARDIACOS, REUMATICOS Y DEBILES

El reumatismo es una de las enfermedades más graves de la infancia, no sólo por su elevada morbi-mortalidad, sino también por el alto porcentaje de incapacitados que deja. En efecto, esta en-

fermedad que ataca con predilección al órgano cardíaco del niño, produce lesiones irreparables que van agravándose por recaídas sucesivas. Junto con el cáncer, la tuberculosis y las enfermedades mentales, el reumatismo constituye una de las primeras y más grandes preocupaciones de las modernas sanidades. El número de enfermos con reumatismo aumenta día a día, debido a factores que en parte conocemos, como ser el medio infectado de las grandes ciudades, la miseria, la carencia de alimentación, la falta de luz, aire y de otras causas no bien determinadas, como la herencia y la constitución, que aun están en estudio.

Ante el avance incontenible de esta enfermedad, los médicos y gobiernos se ha preocupado en encontrar, primeramente los medios de evitarla y, en segundo lugar, en impedir las recaídas y las secuelas que la enfermedad deja sobre el corazón. Para ello se han creado clínicas especiales en las cuales el niño debe ser tratado en su faz aguda y luego estaciones de reposo o climáticas, de campo, mar y montaña, a donde son enviados estos enfermos durante largos meses para su curación completa. Se han determinado también y más simplemente los cambios de clima para estos pacientes, llevándolos a lugares en los cuales el agente de la enfermedad no existe o es menos frecuente, a fin de evitar recaídas.

Todas estas organizaciones han producido brillantes resultados en el tratamiento de este tipo de enfermos y constituyen en la actualidad una adquisición sanitaria que no debe desaprovecharse en ningún país. Entre nosotros numerosos médicos se han preocupado ya del problema y está en el espíritu de todos, profesionales y legos, el de que el niño reumático, perteneciente sobre todo a las familias pobres, mal alimentadas etc., debe constituir una preocupación para el Estado. En los niños, cuando se habla de cardíacos, la inmensa mayoría de las veces se debe imputar al reumatismo. Luchar debidamente contra éste, es evitar la enfermedad cardíaca del niño en un alto porcentaje.

Según estadísticas recientes, el número de niños cardíacos por reumatismo asciende a una cifra no menor de 40.000. Todos ellos viven sin ninguna ayuda médico-social y están destinados, como se comprende, a prolongar por pocos años su vida inferiorizada de lisiados.

Existe en el país una encomiable obra social de ayuda al niño cardíaco, pero para que su labor pueda desarrollarse en toda la magnitud que exige el problema, debe estar a cargo del Estado.

Dentro de la categoría de los niños sub-normales, desde el punto de vista físico, se encuentra ese gran grupo que se designa habitualmente con el nombre de «niños débiles». Por factores hereditarios o ambientales, por falta de alimentación adecuada etc., etc., estos niños que presentan todos los caracteres del niño mal formado sin resistencias orgánicas que lo defiendan contra los gérmenes invasores, son fáciles víctimas del raquitismo, de la tuberculosis y de tantas otras enfermedades infecciosas.

El gobierno, por medio de sus organizaciones sanitarias, debe procurar que estos niños, bien seleccionados desde la época preescolar, puedan asistir a comedores públicos en donde se les suministre una alimentación suficiente y adecuada, o sean enviados a colonias de vacaciones en donde podrán recuperar fuerzas y la salud perdida.

Estas colonias de vacaciones deberán funcionar en forma continua, en verano e invierno, realizando el intercambio mutuo de niños de distintas provincias, del mar a la montaña y viceversa. En esta forma, el niño de familia pobre podrá obtener, aún cuando sea en parte, iguales beneficios a los conseguidos por los pudientes con sus vacaciones, en los distintos puntos del país.

LUCHA CONTRA LA SUB-ALIMENTACIÓN

El problema de la sub-alimentación es en la actualidad un problema mundial. Siempre han existido en el mundo colectividades y pueblos que se han alimentado mal, por pobreza, por ignorancia o escasez regional de productos alimenticios. Después de la última guerra el problema de la sub-alimentación ha adquirido caracteres alarmantes. Grandes poblaciones, la Europa entera, claman por alimentación. Adultos y niños sufren las consecuencias de esta escasez. Pero en el niño el problema es más angustioso; su resistencia al hipo-alimentación es mucho menor y los trastornos que éste produce en el desarrollo general son indelebles.

Entre nosotros, el problema de la alimentación es grave por la gran extensión de nuestro territorio y la existencia de regiones áridas en las que no se producen los elementos indispensables y protectores para la vida. Nuestras provincias del norte y nuestros territorios del sud, sobre todo cordilleranos, carecen en gran parte de toda clase de legumbres, de carne y aun de leche. Los niños que viven en esas regiones deben ser socorridos con urgencia. El gobierno debe procurar que lleguen hasta esas regiones los alimentos básicos y fundamentales para toda alimentación.

El Instituto de la Nutrición, cuya obra no es posible desconocer, ha iniciado desde hace ya algunos años campañas públicas tendientes a divulgar los principios elementales que debe llenar la buena alimentación. «Cómo» se debe comer y «qué» se debe comer. Cómo aprovechar en las distintas regiones los productos propios del lugar para reemplazar los que no existen.

Todos estos conocimientos deben propagarse desde la escuela, y la sanidad nacional deberá vigilar con ojo avizor las necesidades alimenticias de nuestro pueblo, tanto en las grandes ciudades, donde la miseria y la desocupación hacen imposible la alimentación completa, como en las regiones a que nos hemos referido más arriba, en donde el pan, la leche y la carne resultan alimentos *prohibitivos*. El maestro, al divulgar estos conocimientos en el medio escolar y familiar, y el médico por medio del examen sistematizado y periódico, pueden y deben evitar los desastrosos resultados de la mala alimentación.

Pero esta obra no deberá limitarse a la parte ilustrativa y educacional, sino también a poner en práctica la instalación de cantinas y comedores anexos a las escuelas. Estas organizaciones, ya ensayadas ampliamente por el Consejo Nacional de Educación y por la Dirección Nacional de Ayuda Escolar, deben ser ampliadas y establecidas hasta en los rincones más alejados.

ESCUELAS, SANATORIOS DE MONTAÑA, LLANURA Y MARÍTIMOS

Las escuelas destinadas a débiles, reumáticos y cardíacos deberán estar vinculadas con colonias climáticas de llanura, mar y montaña.

Estas colonias no deben ser objeto de reclutamiento para vacaciones, sino de funcionamiento continuo durante todo el año. El mismo edificio que ofrece condiciones médico-pedagógicas para las clases de invierno puede convertirse en centro de vacaciones para los niños de las ciudades.

Todas las provincias y territorios deben habilitar con urgencia Escuelas-Colonias para beneficio recíproco de alumnos de la región o de otras zonas. Estas instituciones deben facilitar el intercambio de niños de las ciudades a las llanuras, mar y montaña; como también para cambio de ambiente y clima a las mismas poblaciones del interior o del litoral del país.

Las colonias marítimas deben multiplicarse en el litoral atlántico: Mar del Plata, Miramar, Necochea, Punta Alta, Mar de Ajó, etc. Las colonias de llanura deben fomentarse en el Sur de Santa Fe, de Santiago del Estero, de La Pampa, de Córdoba, etc. Las colonias de montaña deben instalarse no sólo en Córdoba, sino en San Luis, Mendoza, La Rioja, Catamarca, etc.

Todas estas colonias deberán prestar servicios recíprocos para campamentos y colonias de vacaciones entre alumnos de provincias y territorios.

Los niños de Mendoza serán trasladados en forma escalonada, hasta alcanzar en un período de vacaciones el clima marítimo de Necochea o Punta Alta.

En forma semejante deberá procederse con las poblaciones escolares de Misiones, de Salta, etc. Con ello se encontrará un recurso para la profilaxis de enfermedades como el bocio, el paludismo, la ancilostomiasis, etc.

ESCUELAS DE SUB-NORMALES

Por el reconocimiento periódico se tiene ocasión de separar en la población infantil y desde la más temprana edad, los niños normales, subnormales y superdotados.

En cada caso hay que destinar organismos propicios para su desarrollo físico, intelectual y moral más apropiado. Es indudable que sólo el estudio de cada caso individual permitirá señalar cuál es el sistema de asistencia que mejor convenga.

Aquí tiene mucha importancia la colaboración de los antecedentes sociales, capaces de mostrar, en cierto modo, la participación que en cada caso tienen la herencia y las enfermedades congénitas y, por otra parte, el factor ambiental.

El reconocimiento familiar y social es fundamental. La familia pobre, la familia numerosa, la familia disgregada o dislocada constituyen, en cada caso, un factor determinante de mucha importancia.

Debemos dejar sentado que, dentro de lo posible, no deberá sustraerse el niño al medio familiar y social, y que las obras de asistencia médico-pedagógicas abiertas, son en la mayoría de los casos, suficientes para resolver el problema de los niños difíciles, de los niños irregulares, de los inadaptados, etc.

Las constituciones paranoicas, histéricas, mitomaníacas, epileptiformes, emotivas, ciclotímicas, esquizotímicas, etc., una vez denunciadas por el examen periódico, deberán ser dirigidas a las clínicas de psiquiatría infantil, a los consultorios para guía de conducta u otras obras que se vincularán con los organismos de Higiene y Medicina Mental.

En todo momento débese tratar de conservar el vínculo familiar o reemplazarlo en lo posible por la colocación familiar y los centros de asistencia familiar como las Escuelas-Hogares y las colonias familiares.

Todas las ciudades deben poseer obras para la asistencia precoz y completa de los niños con psicopatías.

RETARDADOS

La primera salvedad que debe hacerse en el medio escolar es la de seleccionar los retardados verdaderos de los falsos retardados. Entre los anormales verdaderos empieza por incluirse a los frenasténicos u oligofrénicos (idiotas e imbéciles). Es corriente que tales niños sean advertidos desde la infancia y más seguramente en el reconocimiento periódico.

Pero fuera de ellos queda un gran número de niños débiles mentales que tienen cierta capacidad de convivencia social, que llevan una debilidad mental compatible con la vida corriente y con la educabilidad hasta cierto grado en la escuela común y en la enseñanza profesional.

Para todos estos casos, el reconocimiento periódico y el examen psíquico darán las indicaciones de tratamiento más adecuadas, desde la colocación familiar hasta la educación en grados diferenciales, en escuelas de adaptación, en jardines de infantes o escuelas de guía infantil y conducta que deberán organizarse en los centros urbanos y para la Capital Federal en relación con cada distrito escolar, pues su número, ya anunciado en censos periódicos permite afirmar que sobran en cada radio grados y escuelas para esta categoría de débiles y retardados educables y corregibles.

PSICOPÁTICOS

A la escuela, y antes que a la escuela a las obras de asistencia infantil, corresponde el reconocimiento de las constituciones psicopáticas.

Cuanto más pronto se diagnostiquen y a más temprana edad, los resultados y beneficios serán mayores.

Hay que saber que en los niños los procesos psicopáticos no son formalmente definidos, sino esbozados y traducidos por estigmas y pequeños signos o síntomas.

Más aún; está en ellos la psicopotía en potencia, y corresponde antes que nada, socorrerlos en su evolución, pues las psicopatías infantiles son en su mayoría evolutivas y la mejor oportunidad de su detención, desviación o corrección está en la más temprana edad.

ASISTENCIA SOCIAL

El vasto capítulo de la asistencia social debe, sin ninguna duda estar a cargo de organismos nacionales que puedan enfocar este problema en forma integral en todo el territorio de la República.

La asistencia social es en nuestros días el complemento indispensable de la asistencia médica. Junto con la medicina preventiva realiza conquistas que,antiguas en su iniciación, son modernas en

realidad, en su concepto extensivo a toda la población. La asistencia social forma parte de todo programa de un gobierno moderno y progresista.

COLONIA-TALLER PARA NIÑOS DESAMPARADOS

Los niños desamparados moral o materialmente, los sin familias o pertenecientes a familias desorganizadas, que actualmente vegetan en los asilos y refugios infantiles, deben ser dirigidos hacia talleres especializados en donde se les enseñe un oficio, se les readapte, haciéndolos así útiles para la sociedad y para ellos mismos. Estos talleres involucran la solución de múltiples problemas, no sólo vinculados con la medicina, sino también con la jurisprudencia y con las industrias a donde los niños irán más tarde a desarrollar sus actividades.

COLOCACIÓN FAMILIAR

La agrupación de niños en grandes colectividades ha demostrado ser peligrosa para el porvenir de éstos. Actualmente se prefiere, y con razón, la colocación de los niños desamparados en ambientes familiares constituídos por gente honorable aunque de modestos recursos, matrimonios de trabajadores, de la campaña o de los alrededores de las grandes ciudades, que los cuiden como si fueran sus verdaderos hijos, reemplazando, dentro de lo posible, la vida familiar de que aquéllos han carecido y que es de fundamental importancia para su formación física y moral.

UTILIZACIÓN DEL TIEMPO REMANENTE

El tiempo remanente de las tareas escolares debe ser aprovechado con criterio médico y pedagógico para continuar la obra educativa y sanitaria más allá del local de la escuela y evitar, de esta manera, que el niño distraiga sus horas libres en el ocio, la vagancia o en malas compañías.

Con este fin deberán establecerse, de acuerdo al estado físico y edad de los niños, campos para recreación y ejercitación física, juegos, pequeños torneos que despierten el interés en la competencia y estimulen el deseo de superación.

Asimismo, se instalarán pequeñas bibliotecas fijas o circulantes con libros adecuados a la mentalidad infantil, pudiendo aprovecharse estos locales para la exhibición de films cortos, instructivos y educativos.

Será también útil despertar en los niños el amor a la naturaleza, cultivando la tierra en pequeñas huertas y jardines y cuidando pájaros y flores.

La formación de pequeñas orquestas infantiles despertará en sus espíritus el amor a la música y al canto, que complementan la vida espiritual.

La concurrencia a pequeños talleres de tareas manuales irá inculcando en el niño el amor al trabajo.

De todas estas maneras podrá ocuparse al niño en sus horas libres, completando su formación intelectual y moral y permitirá, con una vigilancia discreta, apreciar y orientar su vocación profesional.

Estas instituciones han sido puestas ya a prueba en distintas partes del mundo, habiéndose obtenido brillantes resultados.

Es necesario que en nuestro país sean organizadas a fin de obtener del niño todos los beneficios morales e intelectuales que aquellos organismos son capaces de producir.

ESCUELAS-HOGARES PARA NIÑOS DESAMPARADOS

La educación y la vigilancia de los niños desamparados en la escuela y en el taller, resulta mucho más dificultosa en la campaña, en donde las largas distancias y los medios de locomoción son difíciles. El ideal es poder reunir a los niños que no habitan en las grandes ciudades, en Escuelas-Hogares organizadas especialmente para ellos.

Construídas en lugares adecuados, en la montaña o cerca del mar, deben reunir, al par que las condiciones que las hagan útiles para la enseñanza, aquellas que derivan de una naturaleza bella y capaz de inspirar sanos y nobles pensamientos en la niñez. Dirigidos por docentes capacitados, en general, por maestros con sus esposas; esos establecimientos tratan de reunir todas las condiciones propias de la vida de familia, proporcionando así a los niños salidos de hogares pobres o deshechos, un ambiente de hogar que ha de serles siempre útil en su vida de mañana.

En estas Escuelas-Hogares, los niños, agrupados en pequeños números, son adiestrados en los trabajos agrícolas y faenas rurales, haciendo nacer en ellos el amor a la tierra y el trabajo. Estas escuelas deben estar vinculadas en forma permanente con los grandes establecimientos industriales a fin de que sus alumnos, una vez que han terminado su preparación, puedan encontrar con seguridad, el trabajo que les permitirá ganarse la vida.

Las Escuelas-Hogares, que pueden ser de distinto tipo y capacidad, serán contruídas en lugares equidistantes de los grandes centros de población. De arquitectura sencilla, pueden ser algunas veces construídas o mejoradas por los mismos alumnos, que se adiestran así en los trabajos de albañilería. Podría prepararse rá-

pidamente un plan de construcción de Escuelas-Hogares para niños desamparados aprovechando los datos sobre el número existente de estos niños, que aunque incompletos, pueden obtenerse de los distintos asilos y orfelinatos del país.

CANTINAS ESCOLARES

Son estas instituciones muy simpáticas y muy útiles, que rodeando a los establecimientos escolares, suministran a poco costo, alimentos a los niños que concurren a las escuelas. Cada una de éstas, debiera tener su cantina propia, nacida de una organización especial, que se preocupe especialmente de tener alimentos buenos y sanos, a precios accesibles y aun gratuitamente para el niño pobre.

En la Capital Federal y en los grandes centros poblados en el interior de la República, estas instituciones, ardientemente preconizadas por médicos y pedagogos desde hace muchos años, rinden beneficios apreciables. Es de desear que las cantinas se generalicen en todas las escuelas grandes y chicas, en las ciudades y en la campaña, permitiendo al niño tener durante su recreo, un buen vaso de leche fría o caliente, un sandwich, bizcochos, pan, etc.

Las cantinas escolares, cuando son organizadas por particulares, deben ser celosamente vigiladas por las autoridades sanitarias, a fin de que se cumplan en ellas las reglas generales de la buena alimentación y no sean motivo de comercio y de explotación por parte de sus organizadores. Entre nosotros las cantinas escolares han inspirado interesantes estudios, realizados tanto por el Consejo Nacional de Educación como por la Sección de Higiene Escolar de la Secretaría de Salud Pública.

PENSIONADO ECONÓMICO

Tanto en las ciudades como en la campaña, la organización de pensionados económicos para escolares, es de gran utilidad. El problema del descanso y de las vacaciones del niño perteneciente a familias modestas, es siempre de difícil solución. *El involucra el traslado de los familiares del niño, que en general, no pueden realizarlo.*

Es por esto que en muchos países se han organizado, con buen éxito, los pensionados económicos a donde concurren durante los meses de verano, grupos numerosos de niños que pueden hacer así un descanso beneficioso en la montaña o al borde del mar. Estos pensionados, la mayor parte de las veces de carácter particular, deben ser dirigidos por personas honorables, en general por maestros o maestras retirados, que tienen experiencia en el trato del niño, a fin de que puedan brindarles, por sumas módicas,

una alimentación sana y completa, en clima apropiado. Dichos establecimientos serán vigilados por las autoridades sanitarias escolares, que exigirán que se cumplan en ellos las reglas higiénico-sanitarias indispensables en todas las colectividades infantiles. Pueden ser también la obra de instituciones oficiales ya que bien organizadas no deben ni pueden producir pérdidas para el Estado.

Nada más fácil que una organización en gran escala de estos pensionados, para los meses de vacaciones, en nuestros climas de montaña y de mar, donde ya han sido iniciadas por particulares, desde hace algunos años, habiendo obtenido excelentes resultados.

Este problema de pensionados económicos se vincula también al de la organización de *casas para estudios* en las grandes capitales, en donde escolares de uno y otro sexo pueden concurrir desde las distintas provincias, a perfeccionar sus estudios. Ello facilita la educación y las posibilidades de seguir una carrera universitaria a los hijos de familias humildes de las distintas provincias y territorios.

Si las autoridades sanitarias nacionales y las autoridades educacionales superiores vigilan el buen funcionamiento y la corrección de estos pensionados económicos, los estudiantes pobres podrían aspirar, como todos los *demás niños de las capitales,* a una carrera liberal o un oficio determinado.

BECAS

La institución de becas destinadas a los mejores alumnos ha dado óptimos resultados, en todos los países en que han sido instituídas. Es la mejor forma de estimular al estudiante y descubrir al superdotado, cuya preparación y destino está en relación con los intereses del Estado.

En la mayor parte de los países europeos y en los de América del Norte, las becas permiten que una gran cantidad de niños de hogares modestos, puedan perfeccionar sus estudios secundarios y universitarios. La beca constituye un motivo de puja y de interés en el medio escolar, beneficioso para el alumno y para la escuela. Muchos de los postulados modernos de la educación están basados en este sentimiento generoso del niño a distinguirse entre todos sus compañeros por sus condiciones físicas, morales e intelectuales.

En nuestro país, las becas pueden tener distintos fines: 1.° hacer posible la prosecución de estudios secundarios y universitarios dentro del mismo ambiente en que vive el niño; 2.° su traslado a universidades o centros especializados y, 3.° viajes de estudio en el extranjero.

La psicología experimental ha permitido en estos últimos años por medio de las pruebas de inteligencia o test, practicar una selección de niños superdotados que ya el maestro ha individualizado con anticipación durante los cursos y que constituyen toda una promesa, de *hombres muy capaces* y útiles para las colectividades y para el país.

ORIENTACIÓN VOCACIONAL

En los últimos 20 años se han organizado, en los distintos países, organismos especiales, encargados de descubrir en el niño y en el adolescente su vocación para el estudio o para el trabajo. Es problema de gran interés el de la orientación vocacional. El niño, y más tarde el joven que no siente o discierne fácilmente sus condiciones y su vocación, rara vez podrá orientarse debidamente sin sufrir equivocaciones que se traducen más tarde en desmedro de su porvenir.

La medicina cuenta en la actualidad con pruebas tomadas de la psicología experimental, que permiten, por métodos fáciles, conocer las actitudes temperamentales, intelectuales, artísticas. Estas pruebas deben ser practicadas en organismos especiales, dirigidos por profesionales intachables, al abrigo de toda desconfianza y superchería.

Maestros y psicólogos deben dirigir estos institutos vocacionales. Ellos pueden ser de carácter particular y en tal caso fiscalizados por la autoridad nacional o constituir un apéndice oficial de los institutos educacionales del Estado.

SERVICIO SOCIAL DE VISITADORAS E INVESTIGADORES SOCIALES

La visitadora social constituye una nueva conquista dentro del campo de aplicación de la medicina curativa, preventiva y social. Es la persona capacitada para trabajar junto al médico, en toda obra que persiga la conservación o el restablecimiento de la salud individual o colectiva. Es ella la encargada de atraer al individuo o a la familia a la institución médica preventiva o curativa; es la que debe presentar al médico los antecedentes mórbidos, económicos o sociales que hayan podido contribuir a crear el estado que se pretende remediar; es ella la que, interpretando técnicamente las indicaciones del médico, enseña a las personas para que las indicaciones del mismo se cumplan y es, por último, la que pone en práctica los métodos del servicio social de los casos individuales, para remover todas aquellas causas extramédicas que conspiran contra el mantenimiento de la salud o el restablecimiento después de la enfermedad.

Entre nosotros, la preparación de la visitadora de higiene y de la trabajadora social, en el sentido más alto de la palabra, se viene verificando desde hace más de 20 años. Ellas actúan en forma eficiente, tanto en los medios escolares como hospitalarios, constituyendo el lazo de unión entre el médico o el maestro y el niño en su ambiente familiar.

Maestro

FICHA DE SALUD AL INGRESO

Evitar que los docentes y colaboradores lleven enfermedades a los niños y conseguir un máximo de rendimiento en el trabajo de los maestros

El candidato a ejercer el magisterio y por extensión *todo docente*, deberá someterse al reconocimiento periódico de su salud.

Para la mejor garantía de la salud del docente se extremarán las medidas de rigor en su selección, como se acostumbra en el ingreso para la carrera militar.

Las oficinas de la medicina preventiva y la medicina escolar correlacionarán sus actividades para señalar los mejores trámites en la ficha de salud de los maestros y demás educadores.

CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Para asegurar el estado físico de los maestros y profesores se llevará una severa vigilancia y control de las enfermedades transmisibles, así como de otras afecciones agudas o crónicas que puedan sobrevenir en el curso de sus actividades docentes.

Para lograr dicho control es fundamental establecer un *cartabón de medidas* profilácticas; desde la separación preventiva y la profilaxis específica a la separación obligatoria, para cada clase de enfermedad, y en cada caso particular de enfermo, con relación a la familia y a la escuela.

Merecerán especial atención aquellas que puedan considerarse como profesionales: tuberculosis, laringopatías, neurastenia, etc., y en otro orden, las propias del climaterio femenino.

EXÁMENES PERIÓDICOS

El examen periódico del magisterio y demás docentes se cumplirá anualmente. Por este examen periódico podrán concederse licencias especiales o separación transitoria a los docentes, a quie-

nes por su estado de salud, convenga aplicar la llamada «licencia preventiva», como ya es de práctica en la profilaxis de la tuberculosis.

Los maestros separados transitoriamente del grado o de la docencia, deben ser vigilados con frecuencia dentro de cada curso escolar, para seguir la marcha y evolución de su enfermedad. Su rehabilitación será objeto de pruebas repetidas, para la seguridad de la salud de los demás docentes y la de los alumnos.

En el profesorado debe aplicarse la licencia preventiva, bajo vigilancia médica, con el objeto de recuperar a la brevedad posible el valor de la salud y evitar la carga de largas licencias posteriores.

SANATORIOS PARA MAESTROS

El personal docente de cada provincia y territorio nacional debe contar con un sanatorio donde pueda hacerse la medicina asistencial, ambulatoria o por internación según convenga.

Estos sanatorios para docentes, repartidos estratégicamente en zonas de mar, llanura y montaña, servirán para los tratamientos, no sólo curativos, sino profilácticos en muchos casos. Tienen también otra indicación fundamental, que es la protección de la maternidad.

Los centros urbanos deberán habilitar de inmediato una maternidad para los maestros, con capacidad apropiada al número de docentes de todas las categorías que trabajan en la localidad. Este beneficio debe alcanzar por igual a los maestros primarios y especiales, y a los profesores secundarios, técnicos, etc.

La colaboración central en provincias debe hacer extensivo el beneficio a los maestros de la Ley Láinez y a los docentes provinciales de cualquier categoría, como también abarcar a los de las escuelas privadas y particulares.

Los sanatorios para docentes, convertidos así en hospitales y maternidades, son de urgente implantación y podrían habilitarse de inmediato en cada capital de provincia y territorio o como pabellones aislados dentro de los terrenos hospitalarios ya existentes.

COORDINACIÓN

La asistencia de los docentes sobre la base de sanatorios, hospitales y maternidades, permitirá la coordinación de servicios desde los grandes centros urbanos a las diversas regiones del país, que ofrecen la posibilidad de curas climáticas convenientes. Es indudable que el tratamiento climático será provechoso para los docentes, desde la profilaxis y tratamiento de la tuberculosis, hasta las

laringopatías, las dispepsias crónicas, la neurastenia, los trastornos climatéricos, etc.; más aun, la coordinación debe preocuparse de la protección de muchas enfermedades crónicas: la tuberculosis, las cardiopatías, el reumatismo, los tumores malignos y otros estados degenerativos, etc.

La coordinación de esta obra de protección del estado físico y mental debe hacerse con la intervención del examen periódico, procurando ensamblar los beneficios de *la educación física, las colonias de vacaciones, los sanatorios, maternidades, etc.* Los beneficios de toda la coordinación sanitaria deben hacerse extensivos al personal auxiliar que presta servicios en las escuelas públicas desde los empleados de secretaría y ayudantes de gabinete, hasta los ordenanzas y porteros.

COLONIAS DE VACACIONES

Tanto como los niños, los docentes merecen beneficiarse de vacaciones en diversas zonas climáticas del país. Estas colonias pueden fomentarse sobre la base de los edificios escolares para colonias de vacaciones, de hogares, escuelas, etc., que deben estar estratégicamente repartidos en todo el territorio de la República.

Para asegurar el goce de las colonias al mayor número de docentes, será necesario organizar reclutamientos periódicos, tanto en verano como en invierno, según el clima que más convenga a su salud.

Como complemento de estas vacaciones, debe asignarse el viaje por cuenta del Estado y un viático de permanencia en las mismas, que pueda resolver el problema familiar en conjunto, y no del maestro solamente.

Las colonias de vacaciones deben convertirse en *cosa corriente*, no sólo para provecho de la salud del docente, sino para mejorar sus conocimientos, y cultura, lo que les permitirá ilustrar sus clases de geografía, de historia, de naturaleza, etc., beneficiando al alumnado con la enseñanza impartida.

LIBRETA SANITARIA

Los docentes, más que cualquier otra persona, deben dar ejemplo de disciplina y cumplimiento de las leyes. La libreta sanitaria, documento personal y privado, deberá ser mantenida al día con los exámenes periódicos y las eventualidades médicas que sufra el maestro durante el curso de su vida.

La ficha sanitaria servirá también al legajo personal para acreditar en su foja de servicios los valores de su buena salud y la contracción al trabajo.

Por otra parte, el conocimiento de la propia libreta sanitaria, así como de la ficha personal y del certificado de salud permitirá a los docentes informarse de su importancia y transmitir a los alumnos indicaciones y consejos, contribuyendo de esta manera a la formación de la conciencia sanitaria.

EDUCACIÓN FÍSICA

La educación física de los docentes no debe terminar en la escuela normal, ni seguir ocasionalmente en la gimnasia frente al grado de la escuela, pues todo maestro debe practicar la educación física constantemente en forma de clases metodizadas, juegos o deportes, para mantenerse y mejorarse en sus condiciones físicas y como factor de equilibrio a sus tareas mentales. Cada distrito escolar podrá organizar un *club deportivo* y centro cultural para docentes. Cada semana en los respectivos distritos escolares habrá reuniones conjuntas, torneos y concursos, etc. De los beneficios de estos clubes y centros culturales, debe hacerse participar a los docentes de las escuelas particulares y privadas de la zona respectiva. Otras derivaciones de la educación física podrían ser los *campings,* que ya se han ensayado con éxito en el país.

El punto crítico de estas instituciones no radica en la falta de iniciativa y de ánimo de los organizadores, sino en la financiación económica, a la que podría contribuir el Estado con subvenciones apropiadas.

ESTADO MENTAL Y ESPIRITUAL

Nada más importante para la buena marcha del progreso educativo y cultural del país, que asegurar a los docentes de todas las categorías, un estado de aptitud mental y espiritual compatible con la seguridad de su porvenir y el de su familia.

Esta seguridad nace indudablemente con la aplicación de una justicia social, que se debe tratar de estructurar en el estatuto del magisterio y del profesorado.

El ingreso a los cargos, los progresos en la carrera, la estabilidad en la función pública, el aumento progresivo de sueldos, la jubilación en escala y en edad razonables, deben conformar para los docentes el ambiente de serenidad y de meditación que son necesarios para el trabajo eficiente en favor de la educación de la juventud, que es el porvenir de la Patria.

ORGANIZACIÓN DE LOS MAESTROS PARA EDUCACIÓN SANITARIA POPULAR

Los maestros son profesionales disciplinados, que se prestan a la adquisición y transmisión de conocimientos. Su técnica peda-

gógica les habilita para realizar una verdadera campaña de educación sanitaria popular. En manos de los docentes se concentra la más numerosa masa de población infantil, desde las escuelas elementales hasta la educación secundaria.

La escuela es así un crisol donde se funden los hábitos, los conceptos y los principios de la educación común del mayor número de los habitantes. El alumnado se convierte también en un elemento de propaganda dentro del hogar. El niño, en muchas ocasiones, con la enseñanza del día, ilustra a sus padres y hermanos. Los maestros deben ser habilitados como *monitores de higiene y de la educación sanitaria*. Ya la ley permite que sean instruídos en la práctica de ciertos conocimientos de enfermería, y una organización sanitaria puede convertirlos en provechosos propagandistas de higiene y medicina social.

Para que esta organización se adapte a los postulados de la medicina preventiva será necesario que periódicamente los maestros reciban *cursos de perfeccionamiento*, sin perjuicio de las cartillas y otros medios de divulgación científica, en forma de folleto o de artículos en revistas como en «El Monitor de la Educación Común». Esta revista especial deberá contar con una sección para educación sanitaria popular y una bibliografía de estos temas.

FICHA PSICOLÓGICA

El docente deberá ser sometido a un examen psíquico completo. Técnicos psicólogos y psiquiatras intervendrán para completar con los datos del examen psíquico la ficha personal y la libreta sanitaria.

Cuando los docentes ofrecen estados psíquicos, transitorios o crean en cierto momento de su vida complejos patológicos, encontrarán en esta ficha y en los exámenes periódicos la posibilidad de prevenirlos y curarlos con oportunidad y eficacia.

La ficha psicológica podrá ir también encaminada al examen de aptitud profesional y especial con verdadero criterio de selección y obtener, de los diversos docentes, los mejores frutos de su vocación para la enseñanza, en cada una de las escuelas donde ejerzan sus funciones.

CURSOS DE EDUCACIÓN SANITARIA

Para mejor ilustración y preparación profesional de los docentes, deberán organizarse *cursos de perfeccionamiento*, dentro de cada grupo de escuelas, en radios o distritos de las grandes ciudades, de las zonas urbanas y suburbanas, en las provincias y territorios.

En casos especiales, pueden dictarse cursos de perfeccionamiento dentro de las cátedras de las Facultades de Ciencias Médicas,

institutos de higiene, de la nutrición o en las cátedras de puericultura, en las maternidades, etc.

Cuando no sea posible la agrupación regional que mencionamos, podría convenir al Estado el envío de maestros y maestras, en períodos de vacaciones, o «con licencia» y «becados» a la Capital Federal o al centro de estudios que para ello se destine, con el fin de seguir los cursos de perfeccionamiento que deseen.

Por otra parte, debe propiciarse la creación, una vez más, de *cátedras de educación sanitaria popular* en las escuelas normales y secundarias de todo el país. Anexo a esta cátedra se organizará un *museo de higiene y educación sanitaria y un taller de cinematografía escolar*.

Estos museos de higiene deberán servir para convertirse en un muestrario ambulante, armando camiones de educación sanitaria popular, que recorrerán las escuelas de cada región o provincia, sirviendo al mismo tiempo de *centro de interés* para las conferencias de propaganda sanitaria.

Junto a la cátedra de educación sanitaria popular es necesario insistir, en este momento, sobre la imperiosa necesidad de propiciar la creación y generalización de *cátedras de puericultura y de primeros auxilios,* en todas las escuelas secundarias de ambos sexos y de todas las categorías. El problema de la desnatalidad, la morbilidad y la mortalidad infantiles, debe juzgarse como materia de educación común y popular. El conocimiento de los primeros auxilios es cada día más apremiante en la vida moderna, más aún en la participación que cabe a cada habitante y ciudadano para la defensa común, la defensa pasiva de las ciudades, obligada por el nuevo sistema de guerra total o impuesto para la defensa nacional.

TRANSMISIÓN POR EL MAESTRO DE LOS CONCEPTOS DE HIGIENE SOCIAL

Los maestros, por sus condiciones didácticas, tienen en sus clases diarias ocasión para divulgar los preceptos sanitarios de medicina preventiva, de higiene y medicina social más comunes y de más fácil alcance al grado de desarrollo y comprensión de sus alumnos. La enseñanza práctica de la higiene, es decir, las nociones fundamentales, deben convertirse en hábitos higiénicos por su repetición en la escuela. Así también, la preparación sanitaria de las medidas y técnicas de profilaxis general, especial y específica, deben llegar al maestro en forma provechosa para él y sus alumnos.

Confeccionar un programa diario de higiene y organizar un plan anual de educación sanitaria y popular está dentro de las posibilidades de los maestros que hayan completado en *cursos de perfeccionamiento* sus conocimientos sanitarios. Algo más; la acción de los docentes no debe limitarse al estrecho recinto del aula de clase y a los alumnos de las escuelas, sino llegar a las familias, es decir, hacer verdadera extensión cultural fuera del medio escolar, alcanzando al mayor número de la población. Una vez que el maestro ha sido ilustrado y capacitado en los grandes postulados de la medicina preventiva, de la profilaxis individual y colectiva, de las vacunaciones específicas, de los reconocimientos periódicos, con su lenguaje y técnica profesionales puede llevar el convencimiento de las ventajas que reportan los modernos alcances de la medicina y la profilaxis.

Los cursos de perfeccionamiento serán dictados en los centros de higiene, en las escuelas de higiene o bien en otras obras de asistencia y previsión sociales.

Conjuntamente hay que señalar la necesidad de que dispongan los docentes de materiales ilustrativos, cartillas, «afiches», etc., que sirvan a todos los fines de la higiene social, tomando en cuenta cada edad de la vida desde la infancia hasta la juventud y la adultez. Así se imprimirá a la higiene social el carácter más eficaz de su destino, que es la higiene de cada una de las etapas de la vida del hombre.

VISITADORAS E INVESTIGADORAS SOCIALES

Las maestras se prestan también para convertirse en visitadoras de higiene social y asistentes sociales.

Las visitadoras sociales trabajan al lado del médico en todas las campañas sanitarias, son colaboradoras en los centros de medicina preventiva, vigilan el cumplimiento de las indicaciones médicas, realizan estudios demográficos y de control sanitario, etc.

Los asistentes sociales son trabajadores con iniciativa propia; su objetivo fundamental es encontrar y combatir las causas de la miseria, estudiar el caso individual a través de la familia y de las condiciones sociales, para propiciar las medidas que resuelvan los problemas respectivos, al mismo tiempo que se proponen esbozar los planes colectivos para el confort familiar.

Ambos investigadores sociales están encargados de las cuentas individuales familiares y colectivas; realizan funciones censales, estadísticas y demográficas, que permiten el estudio y la solución

de problemas regionales y generales. La formación de estos agentes del servicio social debe estimularse en todas las zonas del país. Por medio de este provechoso aprendizaje podrá orientarse en una nueva ruta a los numerosos maestros graduados y encontrar una solución de sus problemas personales y profesionales.

CONFERENCIAS DE DIVULGACIÓN

Tanto los maestros como las visitadoras e investigadores sociales, se prestan a la divulgación de conocimientos médico-sanitarios en las campañas de medicina preventiva y de profilaxis general o específica.

Los docentes y los auxiliares deben encontrar en cada clase diaria la ocasión de *practicar la higiene* sin decirlo; y de enseñar los postulados de la medicina preventiva, sin formularlos. Cada clase tendrá un apéndice, una conclusión de higiene social o de medicina preventiva.

Con estas providencias, vigilados los maestros en su estado de salud física y mental, no constituirán ningún motivo de preocupación sanitaria para la familia de los alumnos.

Esta vigilancia estricta hará también que haya *menos motivos para las inasistencias* y menos días de trabajo perdido, mayor regularidad en las clases, con mejor aprovechamiento para los alumnos, es decir, mayor *rendimiento y eficacia.* Estas condiciones están íntimamente vinculadas con el orden y la disciplina del método, y con el ejemplo constante del docente frente a sus alumnos. Este rendimiento es también economía para el Estado, por la seguridad de contar con profesionales capaces de formar una juventud física y mentalmente sana para el mejor porvenir de la Patria.

Ambientes

EDIFICIOS ESCOLARES

Asegurar a los escolares locales luminosos y confortables con calor de hogar para que concurran a la escuela con placer

Es fundamental que para el debido cumplimiento de los postulados referentes a la asistencia médica preventiva, pedagógica y social, se cuente con locales adecuados a tal fin y en número suficiente en todo el territorio de la Nación, por alejados que se encuentren de los grandes centros poblados.

Los locales escolares donde el niño ha de pasar muchas horas del día y más aún cuando se trate de internados o colonias donde

deba vivir permanentemente, deben reunir una serie de condiciones arquitectónicas de seguridad, sanidad y confort que aseguren al niño bienestar y confianza.

Muy poco se ha hecho en nuestro país hasta ahora, en materia de edificación escolar. Este problema debe encararse con urgencia en toda su amplitud, pues, si así no se hiciera, la obra proyectada en defensa de la salud del niño quedaría trunca.

La construcción escolar puede ser un índice de la civilización o de la cultura de un pueblo. Siempre demostrará la preocupación oficial o privada por la educación pública.

EDIFICACIÓN ESCOLAR PRIMARIA

La edificación escolar debe encararse con distinto criterio, según ella se destine a las obras médico-sociales de protección a la primera infancia, edad preescolar, escolar primaria o secundaria. De todos modos, ha de tenerse en cuenta que corresponde a la Secretaría de Salud Pública aconsejar en cada caso el tipo de edificación, ubicación, comodidades, instalaciones, etc., para que resulten útiles y puedan rendir todo el beneficio que de ellas se espera. Será siempre imprescindible que la Secretaría apruebe los planos antes de proceder a su edificación y consideramos aún más oportuno que se confeccionen planos típicos y pliegos de condiciones básicos a que deberán ajustarse esos edificios, en relación con cada organismo médico-pedagógico y teniendo en cuenta las condiciones regionales y climáticas.

EDIFICACIÓN ESCOLAR SECUNDARIA

La edificación escolar secundaria no está destinada únicamente a la enseñanza media clásica, sino también a los establecimientos educacionales de preparación intelectual, profesional y técnico-profesional. Estos edificios han de contar, aparte de sus instalaciones generales, con amplios locales para talleres, laboratorios, salas de trabajos manuales, profesionales, etc.

Ha de contemplarse en todos estos edificios la ubicación de vestuarios, baños, comedores o cantinas, gimnasio, salas de conferencias, bibliotecas, habitación para el personal docente y administrativo, etc.

ANTES DE CONSTRUIR: INSPECCIÓN DE LOS PLANOS POR SALUD PÚBLICA

Como ya se ha dicho, la Secretaría de Salud Pública deberá inspeccionar los planos de los edificios escolares antes de su construcción, controlando que ellos se ajusten a las normas en vigencia o a las que se dicten en el futuro, tendientes a asegurar a los mismos el máximo de condiciones de higiene, salubridad y confort.

CONDICIONES HIGIÉNICAS MÍNIMAS

Los edificios escolares evitarán la vecindad molesta e insalubre, por cualquier causa.

No podrán lindar con ningún edificio por ninguna parte de su construcción. La separación medianera de los edificios vecinos no podrá ser nunca menor a los 2 tercios de la altura de los mismos.

La tiranía de la superficie no debe obligar a nadie a concebir la edificación de una escuela en terreno insuficiente o inadecuado. En las zonas suburbanas y del interior del país, no deben admitirse predios para escuelas por menos de una hectárea de terreno.

Los edificios escolares se clasificarán en estas categorías:

A) Edificios suburbanos en la Capital Federal.

B) Edificios suburbanos en capitales, ciudades de provincia y territorios.

C) Edificios suburbanos.

D) Edificios lejanos en islas y fronteras.

E) Edificios para escuelas al aire libre.

F) Edificios para jardín de infantes.

G) Edificios para escuelas con internado: a) Colonia climática de vacaciones. b) Escuelas climáticas permanentes.

ORIENTACIÓN

La elección del terreno higiénico no merece destacarse, ya que se implica en la vecindad salubre. La buena orientación se consigue como consecuencia de evitar las *medianeras*, según se ha dispuesto y adoptado en el tipo de edificación en block central, dándole un eje mayor, dirigido de este a oeste o sus variantes a medio rumbo nordeste o noroeste.

Materiales de construcción:

Serán de la calidad, naturaleza y tipo que aconsejen las oficinas técnicas, teniendo en cuenta las reglas del arte y los caracteres del paisaje, el clima y la seguridad de la vida y la salud de los alumnos y docentes.

Emplazamiento:

No sólo se resolverán las dificultades del terreno elegido para edificio escolar, sino también la seguridad de las vías de acceso.

por los medios habituales de transporte utilizados por los niños de la población. Habrá que habilitar locales para albergar caballos o mulas, o depositar vehículos diversos (sulkys, bicicletas, etc.).

Distribución del terreno:

El terreno del edificio escolar propiamente dicho, debe calcularse con la base de diez metros cuadrados por alumno, tanto en la Capital como con otras ciudades, como, por otra parte, responder a los anexos que se han fijado: vivienda para la dirección, docentes, personal de servicio, etc., y más aún, por predios en las escuelas hogares o escuelas granjas, para crianza y cultivos, colonias climáticas, etc.

Predio de la escuela:

A) En el aula no menos de 1,25 m.^{2} por alumno;
B) En el patio cubierto no menos de 2,50 m.^{2} por alumno;
C) En el patio abierto no menos de 5,25 m.^{2} por alumno;
D) En anexos, sanitarios, no menos de 1 m.^{2} por alumno.

Techos:

Serán de material compacto, liso, resistente, sin soluciones de continuidad para hacerlo uniforme. De madera en clima frío y templado, de mampostería o cemento en clima cálido. Serán siempre de material amortiguador del sonido.

Paredes:

Del material que mejor convenga a la región y al paisaje o el tipo arquitectónico. Resistente, con capacidad térmica consecuente. Aislador de ruidos, etc.

Techos:

Tendrán la disposición de acuerdo al clima, el régimen de lluvias y vientos de las zonas, etc.

Revestimiento:

Paredes con ángulos redondeados. Zócalo o friso de material lavable o transformado en tal (piedra reconstituída), hasta 1,50 metros de alto sobre el piso.

Cielo raso:

Lisos, de ángulos redondeados, sin molduras. Material «ad hoc» de yeso o de cemento. Siempre blancos o ligeramente celestes, para reflejar la luz.

Pintura, blanqueo:

Los revestimientos serán pintados con colores lisos, a la cal o al aceite y de tonalidad mate. De fácil renovación y económicos. Pocos contrastes y de la mejor luminosidad, sin encandilamiento.

Luz, cubaje, ventilación, temperatura, baño y confort:

Ventanales de luz de día dispuestos al cielo, de iluminación constante, (sud) reducir al mínimo la superficie de sostén (columnas) y crear el más amplio marco vidriado, pues debe alcanzar cerca de la altura del aula, partiendo de un pretil abajo de 1 metro del suelo.

La relación de la abertura de luz de día debe ser de 1 m.² por ventana por cada m.² de piso. Las ventanas llevarán montante practicable de 50 cms. de alto, en la parte más alta del vidrio.

Donde no se alcance la mayor claridad posible, se puede recurrir a la claridad diferencial, por ventanales opuestos, siendo el de la luz lateral izquierda cuatro veces más intensa que el de la luz lateral derecha.

En salas especiales, puede asegurarse la luz diferencial por claraboyas (luz cenital complementaria). Estarán indicadas en salas de dibujo, en talleres, laboratorios, etc.

En todo momento, la mejor iluminación del banco o la mesa de trabajo será siempre del costado lateral izquierdo.

Si hay excedente de luz, eventualidad rara, o bien la acción directa del sol llegara a molestar la sala de trabajo escolar, podrá disponerse de toldos en los patios, o toldos enrollados o plegadizos para las ventanas.

Los montantes serán practicables, permaneciendo siempre abiertos para ventilación insensible, pudiendo cerrarse cuando impidan la calefacción del local.

Todas las aberturas se ajustarán a las exigencias del sistema de calefacción instalado y de la latitud geográfica del país.

El sistema de calefacción que se aplique, debe procurar el calentamiento de los pisos y paredes del edificio, más que la atmósfera directamente. La calefacción se vuelve un recurso necesario en los nuevos tipos de construcción con partes metálicas (hormigón armado), que no son refractarios al enfriamiento, sino por el contrario, dispersos de energía térmica y solar.

Para sistema de calefacción se aconseja la circulación de agua caliente o la de vapor de agua sin presión. La calefacción se utili-

zará cuando la temperatura interior del aula sea inferior a 12.°C y nunca se excederá de un calentamiento ambiente, mayor de 18.°C.

Se evitará el contraste del aire frío, haciendo que la calefacción alcance a los patios cubiertos o galerías cubiertas, utilizables para recreos protegidos.

Sanitarios:

Se asignarán dos retretes individuales por cada aula en escuelas de varones y tres por cada aula en escuelas para niñas. Se asignan tres mingitorios individuales para cada aula de varones.

Los pedestales de los retretes serán de altura apropiada para la edad de los escolares. Para los mayorcitos, de sistema a la turca. Todos tendrán descarga automática de agua. Se vigilará la ventilación de estos locales o se mejorarán con extractores de aire, ozonizadores, etc. La limpieza diaria y repetida asegurará la más prolija higiene.

Baños, duchas:

La instalación de baños y duchas será dispuesta con tantas bocas de lluvias como alumnos concentre un grado, para que pueda ser simultáneo y por grado el baño.

Cada instalación debe tener una sala vestuario o ropería anexa. La ducha será siempre de agua tibia, de acuerdo con el clima y estación.

Fuentes de agua:

Se asigna una fuente de agua de chorro vertical, con pedestal y manejo personal. Dispositivo al alcance de los niños, según la edad.

En el interior, donde no haya servicios de la Administración Nacional del Agua, las obras de aprovisionamientos y evacuación de residuos, serán instaladas de acuerdo a las exigencias de la ingeniería sanitaria. La provisión de agua se tendrá de la fuente más ventajosa y de mayor garantía: superficial, telúrica o precipitada. La instalación asegurará siempre agua bacteriológica y químicamente pura.

La evacuación de residuos será instalada en forma higiénica y acabada. El sistema de la fosa séptica será siempre práctico, expeditivo, con desagüe terminal de circulación profunda. La instalación de sanitarios escolares será toda por el sistema de evacuación inmediata con cierre hidráulico (W. C.).

Un horno incinerador de basuras y residuos sólidos se instalará en las escuelas climáticas, colonias de vacaciones, etc.

No podrá habilitarse ninguna escuela sin dar por asegurados los beneficios del agua potable y el servicio de cloacas.

Las escuelas del interior del país y las que tengan internado o cuando tengan necesidad de distribuir la copa de leche o comida auxiliar, tendrán un departamento para cocina y comedor o refectorio.

La cocina tendrá dimensiones mínimas de 15 m.² de piso para escuelas de no más de 100 alumnos y 1 m.² más de piso por cada fracción de 50 alumnos subsiguientes.

Junto al pabellón de cocina se dispondrá un anexo para antecocina y despensa. La capacidad de esta dependencia será aproximadamente la mitad de la asignada a la cocina, sin perjuicio de que pueda ser igual.

Confort:

Flores, plantas, macetas, fotografías, grabados, esculturas, pueden ser elementos decorativos y usados con buen gusto artístico y prolija selección, contribuyendo a completar el ambiente y el confort que deben tener los locales escolares.

ADAPTACIÓN ARQUITECTONICA AL CLIMA Y CONDICIONES REGIONALES

Gozando nuestro extenso territorio de los mas variados tipos de clima, desde el sub-tropical hasta el más frío, es lógico que la edificación escolar deba adaptarse estrictamente a las condiciones climáticas en que ha de construirse. Por tal motivo, si la calefacción es imprescindible en algunas regiones, no podemos olvidar que en otras el ambiente acondicionado higiénicamente es de real importancia.

La arquitectura ha de guardar estrecha relación con las diferentes regiones montañosas, de llanuras o marítimas, contribuyendo con su aspecto a hacer más agradable la permanencia en los locales escolares.

CONDICIONES SANITARIAS DE LOS INTERNADOS

Ningún establecimiento escolar debe reunir mayores condiciones de higiene, salubridad y confort que los internados. Para tal fin debe darse estricto cumplimiento a las disposiciones del Superior Decreto N.° 21.306 de fecha 9 de agosto de 1944. En dicho decreto se establecen las condiciones higiénico-sanitarias mí-

nimas que deben reunir todos los establecimientos que tengan niños o adolescentes internados con fines educativos y/o asistencia social.

Dicho decreto prevé también el establecimiento en los internados de un servicio médico permanente que vigile la salud de los niños y reglamenta, bajo el control de la Secretaría de Salud Pública, el funcionamiento de las enfermerías y del personal técnico, haciendo obligatorio el examen médico periódico de los alumnos.

RELACION CON EL PROYECTO DE CODIGO SANITARIO

El plan correspondiente a la Protección Integral del Niño, que se refiere a la Infancia e Higiene y Medicina Escolar en toda su amplitud, comprendiendo también al adolescente y que contribuirá a formar hombres cabales, física y mentalmente útiles a sí mismos, a su familia, a la colectividad y a la Patria, debe estar a cargo de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, de acuerdo al Art. 2, inciso e) de los Principios y Bases del Código Sanitario Nacional y que dicen así:

«Art. 2.° Inciso e). — La acción sanitaria en todo el territorio de la República debe ser ejercida por el poder central:

d) en lo referente a la asistencia e higiene de la maternidad e infancia.

e) en lo referente a la asistencia social».

Consideramos que esta dirección por el Estado de todo lo que se refiere al niño en las diversas etapas de su vida, se justifica por ser ésta una unidad biológica indivisible y porque la experiencia de casi todos los países civilizados ha probado ya que una dirección centralizada presenta ventajas indiscutibles, para poder resolver y enfocar los diversos problemas de aquélla.

La unificación de métodos o procedimientos que aportaría la Dirección Central, tiende a resolver, en forma económica para el Estado, los grandes problemas de la infancia en todas sus edades.

De otra manera se prolongaría el estado reinante hasta el momento actual en que la Capital Federal y las grandes ciudades han debido dedicar importantes sumas a la protección del niño, quedando, por el contrario, éste completamente abandonado en otras regiones del país.

En el futuro, el Estado llevará estas obras de asistencia y protección a la infancia a todo el territorio de la Nación, proporcionándolas a las necesidades de cada zona.

La protección preventiva, higiénica y médica debe estar constantemente unida a la asistencia social del niño en la más amplia acepción de la palabra, comprendiendo la alimentación, la vivienda, el vestido, los ambientes, etc., etc. Esto justificaría lo enunciado en el Art. 2.º, inc. c) que copiamos más arriba.

Si estos criterios no pudieran ser aplicados en su totalidad y el Estado Federal no pudiera extender sus obras centrales de asistencia médico-social a la edad escolar en toda la República, se podría, de acuerdo a lo enunciado en el Art. 2.º, realizar convenios con las provincias, de los cuales ya existen precedentes en la obra realizada por la Comisión Nacional de Ayuda Escolar, en la Ley de Maternidad e Infancia, de Paludismo y de otras leyes sanitarias.

Estos convenios, que se concertarán con los gobiernos de provincia, establecerán, con la concurrencia de delegados técnicos de ese gobierno y las autoridades sanitarias nacionales, la unificación de las normas generales de asistencia y protección de la niñez, en sus diversas edades. En esta segunda forma se aplicaría la centralización directiva y la descentralización ejecutiva.

Art. 3.º — Inciso 2. Organizar y aplicar las medidas que los principios de la higiene y medicina preventiva hicieren aconsejables.

Inciso 13. Instituir y afianzar el reconocimiento médico periódico de la población del país, a fin de asegurar el diagnóstico oportuno de las enfermedades y su profilaxis por el tratamiento en forma precoz, continua y completa.

Inciso 38. Orientar, organizar y/o coordinar las actividades tendientes a solucionar en sus aspectos higiénicos, médicos y sociales, los problemas inherentes a la maternidad, a la niñez y a la adolescencia.

Inciso 39. Orientar, organizar y/o coordinar las actividades tendientes a solucionar los problemas de la higiene y medicina escolar, de trabajo de los menores y de la infancia abandonada.

La organización y aplicación de las medidas que los principios de la medicina preventiva hicieren aconsejable; la institución y afianzamiento del reconocimiento médico periódico de la población para asegurar el diagnóstico oportuno de las enfermedades y su profilaxis por el tratamiento en forma precoz, continua y completa; la orientación, organización y coordinación de actividades

tendientes a solucionar en sus aspectos higiénicos, médicos y sociales los problemas inherentes a la niñez, adolescencia, higiene y medicina escolar, del trabajo de menores y de la infancia abandonada, que se enumera en los incisos 2, 13, 38 y 39 del art. 3.°, se realizarán, de acuerdo a lo establecido más arriba, por la Secretaría de Salud Pública de la Nación, en todo el país, llevando a la práctica las obras de asistencia y protección a la Infancia e Higiene y Medicina Escolar, detalladas en el cuadro N.° 4 y que pueden sintetizarse así:

Proteger al niño y al adolescente para formar hombres cabales, físico y mentalmente útiles a sí mismos, a su familia, a la colectividad y a la Patria.
Fiscalizar y remediar las causas que puedan disminuir la calidad física o mental de las futuras generaciones.
Efectuar estudios psico-técnicos y sanitarios de la raza.
Efectuar el examen periódico de los adolescentes y jóvenes de ambos sexos.
Practicar el examen prenupcial de ambos sexos.
Crear laboratorios para el estudio de la herencia.
Crear el Instituto del Hombre Argentino.
Proteger al lactante y al niño de 1 a 7 años sin separarlo de la madre y proteger al huérfano y al abandonado.
Dar asistencia social a los niños de 1 a 7 años.
Practicar el censo infantil permanente.
Proteger al huérfano abandonado o indigente.
Prevenir y reprimir el abandono del niño.
Dar protección del Estado a los niños en edad preescolar.
Proteger al niño y al adolescente de 7 a 15 años.
Extender los beneficios de la asistencia médica y social a los niños no escolares.
Vigilar, estudiar y resolver todos los problemas médico-sociales vinculados al medio escolar y a sus concurrentes.
Aplicar a la infancia las normas de la Medicina Preventiva.
Efectuar el reconocimiento periódico de los niños y practicar las vacunaciones preventivas.
Otorgar la Libreta Sanitaria.
Realizar el examen psico-pedagógico de los escolares.
Efectuar el catastro.
Dar asistencia médico-pedagógica.
Crear el Cuerpo de Maestros Médicos, para dirigir las escuelas médico-pedagógicas.
Crear clínicas de conducta para niños díscolos.
Formar escuelas de ortofonía para defectuosos de la pronunciación.

Prestar asistencia a domicilio y en consultorios de hospitales a los escolares.
Formar escuelas para la recuperación de los lisiados.
Prestar asistencia a los no videntes, amblíopes y sordomudos.
Asistir a los cardíacos, reumáticos y débiles.
Luchar contra la sub-alimentación.
Establecer escuelas, sanatorios de montaña, llanura y marítimos.
Establecer escuelas para sub-normales, retardados y psicópatas.
Formar colonias-talleres para niños desamparados.
Propiciar y controlar la colocación familiar.
Organizar la utilización del tiempo remanente de los escolares.
Establecer cantinas y comedores escolares.
Establecer pensionados económicos.
Otorgar becas.
Orientar la vocación profesional.
Formar los servicios sociales de visitadoras e investigadores.
Examinar al maestro al ingreso a la docencia.
Controlar las enfermedades transmisibles.
Practicar el examen periódico de los maestros.
Crear sanatorios y colonias de vacaciones para maestros.
Otorgarles la libreta sanitaria.
Controlar el estado mental y espiritual de los docentes.
Instruir a los maestros para la educación sanitaria.
Controlar los ambientes escolares.
Inspeccionar y aprobar los planos para la construcción de edificios escolares.
Controlar las condiciones sanitarias de los internados.

ORDEN DE PRELACION

1 9 4 7

1. — Creación de Consultorios Psicotécnicos en:

Capital Federal: 1.
Interior del país: 2.

Estos consultorios estarán en coordinación con el Instituto Central de la Capital Federal, para la unidad de orientación y técnicas de investigación. Pueden instalarse en dependencias de la Universidad local, de las Escuelas oficiales o de los Centros Sanitarios.

2. — Creación y organización en la Capital Federal del «Instituto del Hombre Argentino», con el objeto de estudiar las sucesivas creaciones de los Consultorios Psicotécnicos en las distintas ciudades del país. Será al mismo tiempo la Oficina Central de toda información referente a la

población y a las razas. Los Consultorios Psicotécnicos y el Laboratorio para estudio de la herencia dependerán de este Instituto.

3. — Se iniciará el examen médico periódico de los adolescentes y jóvenes de ambos sexos en todos aquellos centros urbanos donde se disponga de los equipos de medicina preventiva.

4. — Se practicará el examen pre-nupcial a las personas de ambos sexos en todas las ciudades que cuenten con Servicios Sanitarios.

5. — Cada Consultorio Psicotécnico se habilitará al mismo tiempo como laboratorio para estudio de la herencia.

Se aplicarán los diferentes métodos de estudio:

a) Genealógico;

b) Estudio de los gemelos;

c) Patología hereditaria de órganos y aparatos;

d) Patología vinculada al sexo, etc.

6. — Se construirán y habilitarán 200 dispensarios infantiles.

7. — Se exigirá a la industria y al comercio, en la Capital Federal y en los Territorios Nacionales, el cumplimiento de la Ley 11.137, en lo que respecta a las salas cunas. Se solicitará asimismo a la industria y al comercio radicados en las Provincias que traten de ajustarse a las disposiciones de la misma ley.

8. — Se gestionará de las autoridades correspondientes la construcción y habilitación de 2.000 Institutos para edad pre-escolar (jardines de infantes).

9. — Se construirán 3 casas-cunas, así como los organismos que la integran: hogares-escuelas, hogares-talleres, donde los niños se separarán por edades y sexos. Dentro de cada casa-cuna se desarrollará la colocación familiar correspondiente.

10. — Anexar o fusionar todos los cuerpos médicos escolares nacionales en uno solo, dependiente de la Secretaría de Salud Pública de la Nación. Dichos cuerpos son: Cuerpo Médico del Consejo Nacional de Educación; de la Dirección Nacional de Ayuda Escolar; la Sección Higiene Escolar, Secundaria y Especial de la Secretaría de Salud Pública y Cuerpo Médico dependiente del Ministerio de Justicia e Instrucción Pública. Se sobreentiende que conjuntamente con los Cuerpos Médicos se anexarán los Cuerpos Odontológicos y de Visitadoras Sociales.

11. — Establecimiento de los convenios sanitarios con las provincias a fin de fusionar los Cuerpos Médicos Escolares provinciales al nacional, o establecer la unificación de normas higiénico-sanitarias de carácter médico escolar, que regirán en toda la República.

12. — Creación y organización en la Capital Federal del Instituto de Higiene y Medicina Escolar, que abarcará el estudio y la solución práctica de todos los problemas médico-sociales del escolar.

13. — Agrupación de todos los maestros médicos que existen en el país, a objeto de organizar en los años subsiguientes la asistencia médico-pedagógica en toda la Nación.

14. — Aumentar el número de médicos escolares, llegando este año a la cifra de 700 en toda la República.

15. — Crear clínicas de conducta para niños díscolos en:

Capital Federal: 1.
Interior del país: 2.

16. — Crear escuelas de ortofonía para defectuosos de la pronunciación en:

Capital Federal: 1.
Interior del país: 4.

Estas escuelas funcionarán en colaboración con las escuelas comunes, pudiendo aprovecharse este año el local de las mismas.

17. — Se propenderá, ante las autoridades educacionales, a la creación de escuelas de instrucción primaria, secundaria y especial para la recuperación de los lisiados. Se ubicará una escuela en cada hospital que interne niños afectados por enfermedades crónicas, parálisis infantil, etc. Debe calcularse una «escuela central» en la Capital Federal y una en cada Capital de Provincia o Territorio, desde la cual se podrá dirigir la instrucción de los niños internados, delegando el número de maestras que sean necesarias en los distintos Servicios Sanitarios.

Capital Federal: 1 escuela central.
Interior del país: 4 escuelas centrales.

18. — Propender ante las autoridades educacionales a la creación de un Instituto para la asistencia de los niños no videntes y amblíopes en la Capital Federal y en las Capitales de Provincias y Territorios:

Capital Federal: 1 Instituto.
Interior del país: 4 Institutos.

19. — Se propenderá a la creación, en cantidad adecuada, de escuelas médico-pedagógicas para asistencia de niños enfermos del corazón y reumáticos. El número de estas escuelas deberá estar de acuerdo con la cantidad de habitantes de cada población y con el número de enfermos revelado por el examen médico periódico. En la Capital Federal se crearán 4 de estas escuelas.

20. — Se crearán colonias para cardíacos y reumáticos, ubicadas en parajes de diferente altitud, para que puedan ser aplicadas en los diversos estados de la enfermedad:

Interior del país: 3 colonias.

21. — Se propenderá a la creación de escuelas al aire libre para «niños débiles»:

4 Para cada ciudad que tenga más de 300.000 habitantes

3 Para cada ciudad que tenga entre 300.000 y 200.000

2 Para cada ciudad que tenga entre 200.000 y 100.000

1 Para cada ciudad que tenga menos de 100.000.

22. — El Instituto de Higiene y Medicina Escolar, en colaboración con el Instituto de la Nutrición, confeccionará un vasto plan de educación sanitaria, en lo referente a la alimentación, para aplicarse, tanto en los medios escolares como en los medios obreros y en el pueblo en general; enseñando en la escuela qué, cómo y cuánto se debe comer.

25. — Se establecerá una clínica para retardados en cada ciudad que cuente con más de 300.000 habitantes.

26. — Se propenderá a la creación en número suficiente de escuelas-hogares y de colonias para niños desamparados, en forma de que la asistencia médico-social esté perfectamente realizada en todo sentido:

Capital Federal: 2 colonias o escuelas hogares.
Interior del país: 4 colonias o escuelas hogares.

27. — Se organizará un Instituto Nacional para la formación de Visitadoras e Investigadoras Sociales. Se aumentará el número de Visitadoras, para llegar a tener este año una visitadora por cada médico escolar, o sea 700 visitadoras.

28. — Se organizarán Escuelas Centrales de Visitadoras e Investigadoras Sociales en:

Capital Federal: 1 escuela central.
Interior del país: 3 escuelas centrales.

29. — Se llevará a cabo la primera etapa del Plan de Medicina Preventiva que comprenderá:

1.º La formación de los equipos técnicos: médicos, visitadoras, ayudantes, técnicos radiólogos, de laboratorio, etc.

2.º Proveeráse del material indispensable, parte del cual ya está en trámite de adquirirse.

3.º Se examinarán: a) los niños del primer grado inferior, primero superior, quinto y sexto grado de la enseñanza primaria, en la Capital Federal, que suman alrededor de 160.000 niños; b) todos los niños de tercero a quinto año de enseñanza secundaria, normal y especial, en la Capital Federal, que son más o menos 50.000.

4.º Organización de la Sede Central de Medicina Preventiva.

30. — A partir del año 1947, todo docente designado para ejercer el magisterio en cualquier categoría, estará obligado a obtener la ficha de salud, de acuerdo con las técnicas propuestas por la Medicina Preventiva.

31. — Se practicará el examen médico periódico anual de todos los docentes en la Capital Federal.

32. — Se crearán Sanatorios Policlínicos para docentes, habilitándolos independientemente en el terreno de los hospitales urbanos o suburbanos actuales o en nuevos edificios construídos ex-profeso. Debe calcularse una capacidad para 100 internados. Salitas separadas para enfermos de distintas especialidades: clínica médica, cirugía, ginecología, maternidad, etc.

Se construirán en:

Capital Federal: 1 policlínico.
Interior del país: 4 policlínicos.

33. — Todos los servicios de asistencia médico-social a los docentes serán coordinados con los organismos centrales de la Secretaría de Salud Pública, de manera que se mantenga unidad de orientación, de comando y de resultado.

34. — Se habilitarán en las colonias de vacaciones ya existentes departamentos separados para los maestros.

Se habilitarán departamentos para maestros en 4 colonias.

35. — Se propenderá a la creación de clubes deportivo-culturales para los docentes en:
Capital Federal: 1.
Interior del país: 5.

36. — Se organizarán cursos de educación sanitaria en cada Cuerpo Médico Escolar. A este fin se confeccionará un programa sintético-analítico, que será dictado por los médicos respectivos a los maestros de su jurisdicción.

37. — Se controlarán los planos de todos los edificios a construirse con destino a establecimientos educacionales y/o con fines de asistencia social.

38. — Se establecerán las condiciones higiénico-sanitarias mínimas, que regirán en todo el país para los establecimientos educacionales o que se destinen a fines médico-sociales.

39. — Se aplicarán estrictamente en los establecimientos con internados, las disposiciones del Superior Decreto número 21.306 del 9 de agosto de 1944, el que estará sujeto a perfeccionamiento en los años subsiguientes.

1948

1. — Creación de consultorios psico-técnicos en:
Interior del país: 5

2. — Se continuará el examen médico periódico de los adolescentes y jóvenes de ambos sexos, en todos aquellos centros urbanos donde se disponga de los equipos de medicina preventiva.

3. — Se continuará el examen pre-nupcial a las personas de ambos sexos, en todas las ciudades que cuenten con servicios sanitarios.

4. — Se construirán y habilitarán 200 dispensarios infantiles.

5. — Se gestionará de las autoridades correspondientes la construcción y habilitación de 2.000 institutos para edad pre-escolar (jardines de infantes).

6. — Se construirán 3 casas-cunas, así como los organismos que la integran: hogares-escuelas, hogares-talleres, donde los niños se separarán por edades y sexos. Dentro de cada casa-cuna se desarrollará la colocación familiar correspondiente.

7. — Se organizará dentro del Instituto de Higiene y Medicina Escolar, una Sección destinada especialmente a impartir los conocimientos técnicos que requiera el maestro médico para dirigir las escuelas médico-pedagógicas.

8. — Se aumentará el número de médicos escolares, llegando este año a la cifra de 1.400 en toda la República.

9. — Crear clínicas de conducta para niños díscolos en:
Capital Federal: 1
Interior del país: 2

10. — Crear escuelas de ortofonía para defectuosos de la pronunciación en:
Capital Federal: 1.
Interior del país: 4

11. — Se organizará la asistencia médica a domicilio y en consultorios de hospitales para todos los niños de la República. Los consultorios para escolares funcionarán mañana y tarde. Durante este año, se instalarán en hospitales y dependencias sanitarias nacionales. Estos consultorios se instalarán en forma de poder resolver la asistencia médica corriente del escolar. Todos los problemas que exijan instalaciones costosas o de especialización: radiología, electrocardiografía, oftalmología, otorrinolaringología, piel, laboratorios, etc., estarán instaladas en la sede central del Instituto de Higiene y Medicina Escolar y en las Clínicas Escolares Centrales en las Capitales de Provincias y Territorios Nacionales.

12. — Se propenderá ante las autoridades educacionales a la creación de escuelas para la recuperación de lisiados en:
Capital Federal: 1 escuela central.
Interior del país: 4 escuelas centrales.

13. — Propender ante las autoridades educacionales a la creación de un instituto para la asistencia de los niños no videntes y amblíopes en la Capital Federal y en las Capitales de Provincias o Territorios.
Capital Federal: 1 instituto.
Interior del país: 4 institutos.

14. — Se propenderá a la creación en cantidad adecuada de escuelas médico-pedagógicas para enfermos del corazón y reumáticos en:
Interior del país: 4 escuelas.

15. — Se crearán colonias para cardíacos y reumáticos, ubicadas en parajes de diferente altitud en:
Interior del país: 3 colonias.

16. — Se realizará en el Instituto de Higiene y Medicina Escolar un curso de especialización para la asistencia de niños sub-normales, retardados, psicópatas, super-dotados, etc.

17. — Se establecerá una clínica para retardados en cada ciudad que cuente con más de 200.000 habitantes.

18. — Se propenderá a la creación de colonias para niños desamparados y de escuelas-hogares en:

Interior del país: 4 colonias o escuelas-hogares.

19. — Se aumentará el número de visitadoras, para llegar a tener este año 2 visitadoras por cada médico escolar, o sea 2.800 visitadoras en todo el país.

20. — Se organizarán Escuelas Centrales de Visitadoras e Investigadoras Sociales en:

Interior del país: 5 escuelas.

21. — Se propenderá a la creación de escuelas al aire libre para «niños débiles» en:

3 En cada ciudad que tenga más de 300.000 habitantes.
2 En cada ciudad que tenga entre 300.000 y 200.000 habitantes.
1 En cada ciudad que tenga entre 200.000 y 100.000 habitantes.

22. — Se propenderá ante las autoridades educacionales a la creación de pensionados económicos en todas las grandes poblaciones urbanas, Capital Federal y capitales de provincia, a fin de que los niños de distintos lugares, puedan perfeccionar sus estudios en los centros más poblados. La vigilancia médico-sanitaria de estas instituciones será dirigida por el Instituto de Higiene y Medicina Escolar.

23. — En colaboración con las autoridades educacionales, se organizará en el Instituto de Higiene y Medicina Escolar una sección especializada para el estudio y dirección de la Orientación Vocacional.

24. — Se pondrá en práctica la segunda etapa del Plan de Medicina Preventiva, que comprenderá dos puntos:

1.° Capital Federal:

a) Examen de escolares de primer grado inferior, tercero, cuarto, quinto y sexto grados.

b) Examen de estudiantes secundarios de segundo a quinto año.

c) Examen de niños no escolares, desde los 6 hasta los 16 años.

2.° Interior de la República:

a) Organización de las sedes de Medicina Preventiva en provincias y territorios. Formación del personal técnico.

25. — Se continuará practicando el examen médico periódico anual de todos los docentes, en la Capital Federal y se extenderá a todas las provincias.

26. — Se continuará la instalación de policlínicos para personal docente en:

Interior del país: 4 policlínicos.

27. — Se continuará habilitando colonias de vacaciones para maestros en:

Interior del país: 5 colonias.

28. — Se propenderá a la creación de clubes deportivo-culturales para los docentes en:

Interior del país: 6 clubes.

29. — Se organizarán cursos de educación sanitaria en cada cuerpo médico-escolar, bajo la dirección del Instituto de Higiene y Medicina Escolar.

30. — Se organizará el casillero sanitario-escolar de la Capital Federal. Se confeccionará la ficha sanitaria de los establecimientos escolares.

31. — Se perfeccionarán las disposiciones del Superior Decreto 21.306/44, referente a los establecimientos con internado.

1 9 4 9

1. — Creación de consultorios psicotécnicos en:

Interior del país: 5.

2. — Se continuará el examen médico periódico de los adolescentes y jóvenes de ambos sexos en todos aquellos centros urbanos donde se disponga de los equipos de medicina preventiva.

3. — Se continuará el examen pre-nupcial a las personas de ambos sexos en todas las ciudades que cuenten con servicios sanitarios.

4. — Se construirán y habilitarán 200 dispensarios infantiles.

5. — Se gestionará de las autoridades correspondientes la construcción y habilitación de 2.000 institutos para edad pre-escolar (jardines de infantes).

6. — Se construirán 3 casas-cunas, así como los organismos que la integran: hogares-escuelas, hogares-talleres, donde los niños se separarán por edades y sexos. Dentro de cada casa-cuna se desarrollará la colocación familiar correspondiente.

7. — Se dictarán en el Instituto de Higiene y Medicina Escolar cursos de perfeccionamiento para maestros médicos que dirijan escuelas médico-pedagógicas.

8. — Se aumentará el número de médicos escolares, llegando este año a la cifra de 2.000 en toda la República.

9. — Se propenderá, por intermedio de las autoridades educacionales del país, a la creación de escuelas médico-pedagógicas en los grandes centros poblados, cuyo número estará en relación con la cantidad de niños que sean acreedores a este tipo especial de educación, revelado por el catastro realizado durante los años 1947|48.

10. — Crear clínicas de conducta para niños díscolos, en:

Capital Federal: 1
Interior del país: 2.

11. — Crear escuelas de ortofonía para defectuosos de la pronunciación, en:

Capital Federal: 1.
Interior del país: 4.

12. — Se continuará la instalación, en las Capitales de Provincias y de Territorios y en las grandes ciudades del interior del país, de clínicas escolares centrales, dependientes del Instituto de Higiene y Medicina Escolar de la Capital Federal, para la atención médica de los niños de todo el país.

13. — Se propenderá, ante las autoridades educacionales, a la creación de escuelas para la recuperación de lisiados, en:

Capital Federal: 1 escuela central.
Interior del país: 4 escuelas centrales.

14. — Propender ante las autoridades educacionales a la creación de nuevos institutos para la asistencia de niños no videntes y amblíopes, en:

Capital Federal: 1 instituto.
Interior del país: 4 institutos.

15. — Se propenderá a la creación, en cantidad adecuada, de escuelas médico-pedagógicas para enfermos del corazón y reumáticos, en:

Interior del país: 4 escuelas.

16. — Se crearán colonias para cardíacos y reumáticos, ubicadas en parajes de diferente altitud, en:

Interior del país: 3 colonias.

17. — Se propenderá a la creación de colonias para niños desamparados y de escuelas-hogares, en:

Interior del país: 4 colonias o escuelas-hogares.

18. — Se aumentará el número de visitadoras, para llegar a tener este año 3 visitadoras por cada médico escolar, o sea 6.000 visitadoras en todo el país.

19. — Se organizarán Escuelas Centrales de Visitadoras e Investigadoras Sociales, en:

Interior del país: 4 escuelas centrales.

20. — Se propenderá a que todas las grandes Capitales tengan por lo menos un Instituto de Orientación Vocacional, en coordinación con la Sección Especial del Instituto de Higiene y Medicina Escolar.

21. — Se propenderá a la creación de escuelas al aire libre para «niños débiles», en:

2. Para cada ciudad que tenga más de 300.000 habitantes.

1 Para cada ciudad que tenga entre 300.000 y 200.000 habitantes.

22. — Se propenderá ante las autoridades educacionales a la creación de nuevos pensionados económicos, en todas las grandes poblaciones urbanas.

23. — Se pondrá en práctica la tercera etapa del Plan de Medicina Preventiva, que comprenderá:

I) En la Capital Federal:

a) Examen de los niños concurrentes a los jardines de infantes.

b) Examen de escolares de primer grado inferior a sexto grado.

c) Examen de niños no escolares, de 6 a 16 años.

d) Examen de estudiantes secundarios, normal y especial de todos los cursos.

e) Implantación de la Libreta Sanitaria en el Registro Civil para ser entregada a los niños nacidos desde el 1.° de enero de 1949.

f) Iniciación de los exámenes periódicos de los niños nacidos en el mismo año.

g) Aumento del personal para estas tareas en una proporción de un 40 % sobre las cifras del año 1947.

II). En el interior del país:
Iniciación de los exámenes de salud a los escolares, de acuerdo con lo previsto en el año anterior.

24. — Se continuará practicando en la Capital Federal el examen médico periódico anual de todos los docentes y se extenderá a las provincias.

25. — Se continuará la instalación de policlínicos, para personal docente, en:
Interior del país: 6 policlínicos.

26. — Se continuará habilitando colonias de vacaciones para maestros, en:
Interior del país: 4 colonias.

27. — Se propenderá a la creación de clubes deportivo-culturales para los docentes, en:
Interior del país: 6 clubes.

28. — Se continuarán dictando los cursos de educación sanitaria, para el personal docente en el Instituto de Higiene y Medicina Escolar.

29. — Se organizará el casillero sanitario escolar de las Provincias. Se confeccionarán las fichas sanitarias correspondientes.

30. — Se inspeccionarán todos los establecimientos escolares de la Capital Federal.

31. — Se perfeccionarán las disposiciones del Superior Decreto 21.306/44.

32. — Se establecerá una clínica para retardados en cada ciudad que cuente con más de 200.000 habitantes.

1 9 5 0

1. — Creación de consultorios psicotécnicos, en:
Interior del país: 5.

2. — Se continuará el examen médico periódico de los adolescentes y jóvenes de ambos sexos en todos aquellos centros urbanos donde se disponga de los equipos de medicina preventiva.

3. — Se continuará el examen pre-nupcial a las personas de ambos sexos, en todas las ciudades que cuenten con servicios sanitarios.

4. — Se construirán y habilitarán 200 dispensarios infantiles.

5. — Se gestionará de las autoridades correspondientes la construcción y habilitación de 2.000 institutos para edad pre-escolar (jardines de infantes).

6. — Se construirán 3 casas-cunas, así como los organismos que la integran: hogares-escuelas, hogares-talleres, donde los niños se separarán por edades y sexos. Dentro de cada casa-cuna se desarrollará la colocación familiar correspondiente.

7. — Se aumentará el número de médicos escolares, llegando este año a la cifra de 2.500 en toda la República.

8. — Crear clínicas de conducta para niños díscolos, en:
Capital Federal: 1.
Interior del país: 2.

9. — Crear escuelas de ortofonía para defectuosos de la pronunciación, en:
Capital Federal: 1.
Interior del país: 4.

10. — Se ampliará la instalación de clínicas escolares, a todas las Provincias y Territorios.

11. — Se propenderá ante las autoridades educacionales a la creación de nuevas escuelas para la recuperación de lisiados, en:
Capital Federal: 1 escuela central.
Interior del país: 4 escuelas centrales.

12. — Propender ante las autoridades educacionales a la creación de nuevos institutos para la asistencia de niños no videntes y ambliopes en:
Capital Federal: 1 instituto.
Interior del país: 4 institutos.

13. — Propender ante las autoridades educacionales a la creación de institutos para niños sordo-mudos, en:
Capital Federal: 1
Interior del país: 4

14. — Se propenderá a la creación de escuelas médico-pedagógicas para enfermos del corazón y reumáticos, en:
Interior del país: 4 escuelas.

15. — Se crearán nuevas colonias para cardíacos y reumáticos, en parajes de diferente altitud, en:
Interior del país: 3 colonias.

16. — Se propenderá a la creación de colonias para niños desamparados y de escuelas-hogares, en:
Interior del país: 4 colonias o escuelas-hogares.

17. — Se aumentará el número de visitadoras para llegar a tener este año 4 visitadoras por cada médico escolar o sea 10.000 en toda la República.

18. — Se pondrá en práctica la cuarta etapa del Plan de Medicina Preventiva que comprende:

I) En Capital Federal:

Examen de todos los niños desde el nacimiento hasta los 16 años.

II) En Provincias y Territorios:

a) Extensión progresiva de los exámenes a los niños recién nacidos hasta los 16 años.

b) Habilitación de 3 equipos móviles en cada Provincia y Territorio, es decir 69 equipos. Cada equipo tendrá un aparato de rayos X, transportable, con su generador montado en camión y un ómnibus para el personal.

19. — Se continuará la instalación de policlínicos para maestros en:

Interior del país: 4 policlínicos.

20. — Se continuará habilitando colonias de vacaciones para maestros en:

Interior del país: 4 colonias.

21. — Se propenderá a la creación de clubes deportivo-culturales para los docentes en:

Interior del país: 6 clubes.

22. — Se extenderá a los Territorios Nacionales el examen médico periódico anual de todos los docentes.

23. — Se organizarán nuevas Escuelas Centrales de Visitadoras e Investigadoras Sociales en:

Interior del país: 4 escuelas.

24. — Se organizará el casillero sanitario escolar de los Territorios Nacionales. Se confeccionarán las fichas sanitarias correspondientes.

25. — Se inspeccionarán todos los establecimientos educacionales de la Capital Federal y Territorios Nacionales.

1 9 5 1

1. — Creación de consultorios psicotécnicos en:

Interior del país: 5.

2. — Se continuará el examen médico periódico de los adolescentes y jóvenes de ambos sexos en todos aquellos centros

urbanos donde se disponga de los equipos de medicina preventiva.

3. — Se continuará el examen pre-nupcial a las personas de ambos sexos en todas las ciudades que cuenten con servicios sanitarios.

4. — Se construirán y habilitarán 200 dispensarios infantiles.

5. — Se gestionará de las autoridades correspondientes la construcción y habilitación de 2.000 institutos para edad preescolar (jardines de infantes).

6. — Se construirán 3 casas-cunas, así como los organismos que los integran: hogares-escuelas, hogares-talleres, donde los niños se separarán por edades y sexos. Dentro de cada casa-cuna se desarrollará la colocación familiar correspondiente.

7. — Se aumentará el número de médicos escolares, llegando este año a la cifra ideal de 3.000 que representa un médico para cada 1.500 a 2.000 niños en toda la República.

8. — Crear clínicas de conducta para niños díscolos, en:
   Capital Federal: 1.
   Interior del país: 2.

9. — Crear escuelas de ortofonía para defectuosos de pronunciación, en:
   Capital Federal: 1.
   Interior del país: 4.

10. — Este año quedará perfectamente completado y organizado el Cuerpo Médico que prestará asistencia a domicilio y en consultorios de hospitales a todos los niños del país. Todo Hospital o Servicio Sanitario tendrá un consultorio especial para prestar esta asistencia. Del Instituto de Higiene y Medicina Escolar dependerán las Clínicas Escolares Centrales de las Capitales de Provincias y Territorios y a su vez éstas supervisarán a las Clínicas Escolares de las cabeceras de los distritos escolares, de quien dependerán los consultorios para niños, que existan en todo centro poblado.

11. — Se propenderá ante las autoridades educacionales a la creación de nuevas escuelas para la recuperación de los lisiados, en:
   Capital Federal: 1 escuela central.
   Interior del país: 4 escuelas centrales.

12. — Propender ante las autoridades educacionales a la creación de nuevos institutos para la asistencia de niños no videntes y amblíopes, en:

    Capital Federal: 1 instituto
    Interior del país: 4 institutos

13. — Propender ante las autoridades educacionales a la creación de Institutos para niños sordo-mudos, en:

    Capital Federal: 1
    Interior del país: 4

14. — Se establecerá una clínica para retardados en cada ciudad que cuente con más de 100.000 habitantes.

15. — Se propenderá a la creación de escuelas al aire libre para «niños débiles», en:

    2 Para cada ciudad que tenga más de 300.000 habitantes.

    1 Para cada ciudad que tenga entre 300.000 y 200.000 habitantes.

16. — Se propenderá a la creación de nuevas colonias para niños desamparados y de escuelas-hogares, en:

    Interior del país: 4 colonias o escuelas-hogares.

17. — Se aumentará el número de visitadoras para llegar este año a la cifra ideal de 5 visitadoras por cada médico escolar, o sea 15.000 visitadoras en toda la República, atendiendo cada una de 300 a 400 niños.

18. — Se organizarán nuevas Escuelas Centrales de Visitadoras e Investigadoras Sociales en:

    Interior del país: 4 escuelas de visitadoras.

19. — Se pondrá en práctica la quinta etapa del Plan de Medicina Preventiva que comprenderá:

    I) Capital Federal:

        Igual plan que para el año 1950

    II) Provincias y Territorios:

        a) Implantación de la Libreta Sanitaria para los niños nacidos desde el 1.º de enero de 1951.

        b) Organización de hasta 5 centros de medicina preventiva en cada Provincia y hasta 3 en cada Territorio Nacional.

        c) Duplicar en cada Provincia y Territorio el número de los equipos móviles del año anterior.

20. — Se continuará la instalación de Policlínicos para maestros en:

Interior del país: 3 policlínicos.

21. — Se continuará habilitando colonias de vacaciones para maestros en:

Interior del país: 4

22. — Se propenderá a la creación de clubes deportivo-culturales para los docentes en:

Interior del país: 7 clubes.

23. — Se practicará el examen médico periódico anual a todos los docentes del país.

24. — Se inspeccionarán todos los establecimientos educacionales, oficiales y privados, de todo el país.

25. — Se inspeccionarán y controlarán todos los establecimientos educacionales donde se internen niños o adolescentes.

CAPITULO X

MEDICINA PREVENTIVA INDIVIDUAL

Evitar que los sanos se enfermen y descubrir los enfermos precozmente, antes de que su enfermedad sea incurable o los lleve a la invalidez, por medio del examen en salud de toda la población, y del diagnóstico y tratamiento de todas las enfermedades portables en salud.

La medicina preventiva individual será desarrollada en todo el territorio de la Nación por una comisión mixta de la Secretaría de Salud Pública y de la Secretaría de Trabajo y Previsión. Por eso es que, como exordio de la planificación de la obra a realizar, se transcriben los conceptos vertidos por S. E. el Sr. Secretario de Salud Pública Dr. Ramón Carrillo, al dejar constituída dicha comisión:

La biología nos enseña que el proceso circular de la vida se cumple por mutaciones bruscas o por desarrollos lentos, es decir, por revolución o por evolución. Los cambios en la estructura social no escapan a esta gran ley biológica. El derecho romano necesitó siglos para configurar el sistema jurídico sobre el cual se asientan las milenarias instituciones de occidente. Es un ejemplo de evolución. Contrariamente, a semejanza de los cataclismos geológicos, se desencadenan las revoluciones, que comienzan en las ideas y terminan en los hechos, transformando súbitamente la vida política y social de los pueblos.

El desenlace revolucionario es por cierto lo excepcional, pero no tiene nada de anormal. Es tan fatal como la evolución y responde al mismo impulso creador de la vida. La diferencia es meramente de manifestación. Una evolución detenida termina necesariamente en un estallido revolucionario.

Estos son tiempos de revolución. Es evidente, en efecto, que estamos viviendo una revolución, no sólo en la Argentina, sino en todo el mundo y que esta revolución abarca totalmente la actividad humana; y desde luego, también a la medicina en su proyección moral y política, en sus objetivos, en sus métodos y procedimientos.

El acto que realizamos en este momento, dentro de su sencillez, es un acto de valoración revolucionaria. Señala una nueva dirección de la medicina argentina. La Secretaría de Trabajo y Previsión y la Secretaría de Salud Pública, se reunen solidariamente en una comisión mixta para organizar la medicina preventiva del país.

La guerra sanitaria no tiene armisticio ni treguas. En una primera etapa, que comenzara en remotos tiempos del mundo, la lucha se entabló contra las enfermedades pestilenciales: cólera, peste bubónica, viruela, en fin, toda la serie de las enfermedades infecto-contagiosas; luego, en una segunda etapa, se libró la campaña contra las endemias, es decir, aquellas afecciones que permanente o solapadamente atacan a grandes masas humanas, como el paludismo, el anquilostoma, etc.

No he de detenerme a describir el cuadro sombrío de las poblaciones diezmadas, en otros años, por las pestes. No se bombardeaba a las poblaciones civiles desde aviones de guerra, pero pueblos y ciudades enteras eran abandonados por sus habitantes, huyendo del cólera o de la viruela negra, lo mismo que ahora lo hace de las bombas incendiarias. Han quedado, de ese tiempo, telas célebres, de éxodo, de pánico, de hecatombe.

Las tablas de mortalidad por enfermedades infecciosas documentan uno de los más grandes triunfos de la medicina. A principios de este siglo, el 70% de las muertes eran determinadas por afecciones infecto-contagiosas, porcentaje que en la actualidad se ha reducido a un 15%, incluyendo la tuberculosis. Dicho en otras palabras, de cada 100 personas, hay 55 que viven gracias a la medicina.

Sé demasiado que ninguna de las personas que me escuchan se incluirán en este 55% de sobrevivientes; yo también las excluyo por amistosa consideración, pero no sin recordarles esta deuda que todos tenemos con el pasado. Me refiero, naturalmente, a los médicos que tuvieron la responsabilidad de superar la primera etapa de las plagas pestilenciales, hoy desaparecidas en su casi totalidad.

Eliminadas las epidemias, un nuevo enemigo nos sale al paso. Las dolencias crónicas de tipo degenerativo, que no tienen la espectacularidad de las epidemias y endemias, ni son producidas por un agente específico como ellas, pero que destruyen al hombre o lo invalidan, con invalideces que son peores que la muerte misma. Las pérdidas de potencial humano de la Nación por incapacidades sobrevivientes para el trabajo, son el grave problema social de nuestra hora, y su solución es de índole especialmente higiénica y médica.

Los decretos-leyes cuya ejecución iniciamos hoy, tienden a resolver el drama del enfermo crónico que ha sido abandonado por nuestro régimen asistencial e incluso diría, que se encuentra olvidado hasta por los textos oficiales de medicina. El cáncer, las cardiopatías, el reumatismo, la hemorragia cerebral, la senectud precoz, la diabetes y las enfermedades de la nutrición, para no citar sino las más importantes, constituyen en este momento una cuestión médica, técnica y social. El planteo revolucionario estriba precisamente en organizar una campaña de profilaxis de estas tremendas causas de invalidez y de muerte.

El Instituto Nacional de Previsión Social, con la colaboración directa de la Secretaría de Salud Pública, se dispone a abordar la prevención de los factores de invalidez entre los afiliados a las cajas —casi tres millones de personas— pertenecientes a grupos sociales vinculados al trabajo, que, consideradas en conjunto, con sus respectivas familias, integran la mitad de los hogares modestos que elaboran la grandeza de la patria. No existe en nuestro país el seguro social, pero se han colocado ya sus bases, aunque, naturalmente, en un sentido restringido, puesto que no cumple sino la función de subsidio, que es primaria. Subsidiar la invalidez precoz, la invalidez senil, la viudez o la orfandad, no es una solución biológica, ni social, desde que el remedio no va contra la causa, que es lo que busca la medicina preventiva. El subsidio brinda un pedazo de pan, pero no la salud para ganarlo con el propio esfuerzo.

Una estadística de veinte años prueba que un 10% de los afiliados pasan a la pasiva por causas diversas de incapacitación. Si se mantuviera esa proporción, dentro de dos décadas tendríamos 280.000 obreros y empleados vegetando como inválidos y subsistiendo a expensas de los compañeros, a quienes la vida les dió más salud, situación que supone un dispendio de valores, perfectamente evitable con los recursos de la medicina preventiva.

El Excmo. señor Presidente de la Nación es el autor de la iniciativa de luchar contra la invalidez. Cuando estuvo al frente de la Secretaría de Trabajo y Previsión, proyectó el decreto-ley por el cual se crea el instrumento legal y financiero que hoy nos permite iniciar esta cruzada higiénica y médica en bien de la clase más modesta y necesitada.

La salud no es un valor negativo, que se defina por la mera ausencia de enfermedad. La salud, en sentido positivo, importa nada menos que la vida plena, abierta a todas las posibilidades del trabajo y del bienestar físico, espiritual y social. La salud es el derecho más respetable entre los derechos del hombre y el más olvidado por los hombres. Hace, como ningún otro, a la dignidad del ser humano y por eso mismo excede fronteras, religiones, razas, ideologías políticas, estratos económicos.

La medicina preventiva tiene por objeto descubrir en la población, aparentemente sana, todos aquellos individuos que están potencialmente enfermos, a fin de substraerlos al avance del mal y evitar la cronicidad y la invalidez que tarde o temprano los inutilizará para el trabajo o los llevará a la muerte.

La medicina preventiva tiene méritos de cenicienta. El símil del parapeto que resguarda del precipicio es del todo atinente. Nadie se descalabra y nadie se lo atribuye al parapeto. Es como si el precipicio no existiera. El parapeto es la medicina preventiva, el precipicio la enfermedad.

Debemos a la Medicina del Seguro la comprobación de que un 7% de una población normal es técnicamente no asegurable porque su riesgo mortal es demasiado elevado, y que existe un 8% de estados de salud subnormales que están preparándose para entrar en el primer grupo a medida que la muerte abre esos claros. Esta comprobación estadística permite adelantar que, entre los afiliados del Instituto de Previsión existen 196.000 obreros y empleados que están enfermos y que ignoran su situación; que existe otro tanto en estado subnormal y que podrán pasar al primer grupo en cualquier momento. Enunciar el problema es señalar ya las soluciones. No se me oculta que lo más difícil en este nuevo esfuerzo sanitario, no será tanto en descubrir los males latentes y aislar a los marcados por el destino, sino poder substraerlos a su actividad y someterlos a un tratamiento oportuno, dentro de un régimen asistencial adecuado, para el cual el país no está suficientemente preparado en estos momentos.

La higiene ha avanzado hasta un nuevo frente de lucha. Sin abandonar la campaña contra las endemias, rastrea con los nuevos instrumentos técnicos de la medicina preventiva todas las causas y factores de la invalidez precoz.

Sigue siendo problema de su incumbencia el agua potable, el urbanismo, los alimentos y mil otras cuestiones de higiene pública, que tanto preocupaban a nuestros antecesores. En nuestros días y dentro del ambiente revolucionario del mundo, interesa lo mismo la salud del individuo, pero con otro concepto, en función social, como célula útil a la colectividad.

El punto de vista aparece interesado, utilitario, pero así tiene que ser mirado el problema desde el Estado. Ya dijimos que la salud es un

derecho inalienable del hombre. Pero un derecho; ningún derecho existe en la realidad de los hechos, si no existe contra alguien. Ese alguien, tratándose de la salud del pueblo, es el Estado. Y el Estado es una concreción social, útil y utilitaria.

No nos quejemos de una concepción tal del Estado, que nos reporta un derecho y no una dádiva cohonestada por razones sentimentales de falso humanitarismo. Lo cierto es que ahora el pueblo cuenta con todos los recursos del Estado para llevar adelante una gran cruzada contra los flagelos de la salud. Tenemos que alcanzar al mal en su origen, ir hasta sus ocultas causas y extirparlas de raíz y para siempre.

El estudio de la tuberculosis fué precisamente lo que permitió el actual planteo sanitario, con proyección sobre toda la medicina. La tuberculosis fué, hasta hace poco, una enfermedad de tipo epidémico y después de tipo social. Cuando la higiene pudo localizar sus dos factores, el microbiano y el social, se llegó también à la conclusión desoladora de que aun reduciendo el factor microbiano y el social no se lograría detener el mal. Se descubrió la **tuberculosis basal**, sobre la cual no gravitan las medidas de higiene, ni la legislación social —puesto que en las clases pudientes no pesan los factores adicionales del alimento, del trabajo o de la vivienda y sin embargo se tuberculizan— pesa únicamente la ecuación individual. El catastro radiográfico de grandes masas de individuos normales ha permitido descubrir que la tuberculosis es una verdadera endemia y que no valen para ella las medidas de orden puramente médico-sociales; vale tan sólo lo que es eficaz en toda endemia, es decir, la policía de focos.

He señalado al hacerme cargo de la Secretaría de Salud Pública, nuestra hermandad con la de Trabajo y Previsión. Este acto de hoy demuestra que esto debe ser siempre así, y espero que nuestra recíproca colaboración pueda extenderse a otros aspectos de la previsión. Me refiero al Seguro de Maternidad y al Seguro de Accidentes del Trabajo, previsiones éstas que sin una acción médica integral serán siempre incompletas.

Necesitamos dotar al país de Centros de Maternidad para atender a los 120.000 partos anuales de los hogares obreros y necesitamos también extender a todos los núcleos importantes de población los Centros de Traumatología para rehabilitar a los 150.000 traumatizados, con secuelas que cuestan tanto en dinero como en sufrimiento.

Agradezco a las autoridades del Instituto Nacional de Previsión Social la hospitalidad que nos brinda y declaro que he preferido para el acto este lugar, y no la sede de Salud Pública porque quiero señalar a la opinión del país que sin el organismo fiscal y financiero del Instituto de Previsión, poco se puede hacer técnicamente en beneficio de la gran masa social. Me permito señalar a las generaciones médicas del porvenir, que el paso que damos hoy, lo ha dado en realidad el General Perón y lamento que no todos los médicos argentinos hayan querido comprender el hondo sentido verdaderamente revolucionario del movimiento encabezado por el General Perón, estando, como están, capacitados especialmente para interpretarlo, ya que conocen como nadie la miseria, la angustia y el dolor de los humildes.

Un famoso biólogo inglés —refiriéndose al movimiento revolucionario que se percibe en el mundo— comienza por compadecer a aquellos que lo resistan. «En el mejor de los casos —continúa Huxley— están retrasando lo inevitable; en el peor, provocando violencias; en cualquiera, añadiendo dolores y desdichas inútiles. Desdichados también aquellos que aceptan las cosas pasivamente y que se imaginan que las fuerzas ciegas harán todo el trabajo».

Los médicos deben prepararse a remozar todos sus esquemas mentales; en caso contrario, serán superados por los hechos. Vivir una revolución es un privilegio dudoso, pero ésta que vive el mundo tiene una compensación y es que el conocimiento científico y la regulación consciente son capaces de representar un papel. La historia está haciéndose a más velocidad que en cualquier otra época y si estamos dispuestos a realizar el esfuerzo, nos corresponderá a nosotros, que vivimos esta revolución, el honor de haber ayudado a la historia.

Los términos: *Medicina Preventiva* indican de por sí claramente el alcance de su acción; sin embargo, con el andar del tiempo, se le ha dado a la misma un alcance más restringido. La *Higiene* trata todos los problemas referentes a la salud, y sobre todo, las medidas tendientes a preservarla. Se la divide en *Higiene Individual, Pública* y *Social*. Por Higiene Individual se comprenden todas las medidas de orden «personal» destinadas a salvar la salud de los individuos. La *Higiene Pública* toma al individuo en sociedad, resolviendo los problemas que afectan «directamente» la salud de la colectividad: la provisión de aguas corrientes, la eliminación de desechos, el aprovisionamiento de alimentos higiénicos, etc. La *Higiene Social* se ocupa de todos los problemas que afectan en una forma «indirecta» a la salud: la vivienda, los salarios, la ignorancia, la familia numerosa, etc.

Para este estudio prescindimos de la *Higiene Pública* y de la *Higiene Social;* nos vamos a referir esencialmente a la *Higiene Individual.*

Hasta hace 20 años se confundían los términos *Sanidad* y *Medicina Preventiva.* Mejor dicho, toda la *Medicina Preventiva* quedaba reducida a una cuestión de *Sanidad.* Es evidente que siendo preocupación de la *Sanidad* las enfermedades pestilenciales y las infecto-contagiosas, la única preocupación de la *Medicina Preventiva* era este conjunto de enfermedades. Por ello, aun se encuentra en los tratados clásicos de higiene publicados a fin de la guerra de 1918 con el nombre de *Medicina Preventiva,* libros destinados puramente a *Sanidad.* Se recorren en sus páginas todas las enfermedades infecto-contagiosas y pestilenciales como su única y exclusiva preocupación La *Medicina Preventiva* de entonces la hacía el médico que actuaba como *Oficial Sanitario,* y los laboratorios de bacteriología.

Desde 1920 tiende a establecerse una divergencia entre el término *Sanidad* y el término *Medicina Preventiva.* Quedan aún como preocupación de la *Sanidad* todo lo que se refiere a la defensa contra las enfermedades infecto-contagiosas, y su sanción se apoya en cinco principios a saber: el diagnóstico precoz; la denuncia; el aislamiento; la desinfección; la inmunización.

En cambio, entran a formar lo que se llama Medicina Preventiva todo ese conjunto de padecimientos de tipo clínico, infeccioso o no, de carácter crónico y solapado, y especialmente las enfermeda-

des de tipo degenerativo que tienen por principal característica la de ser portables en salud y la de no manifestarse sino al final, cuando sus efectos son irreparables. En este sentido, la Medicina Preventiva, no es sino la clínica médica aplicada a los primeros estudios de la enfermedad.

Se ha hecho así una especie de convenio tácito entre los especialistas para diferenciar los alcances de la Sanidad y de la Medicina Preventiva. Cuando una enfermedad afecta al individuo en colectividad, es Sanidad. Cuando lo afecta de una manera personal, es Medicina Preventiva. Así, la sífilis, mientras pueda contagiar a otro individuo, forma un capítulo de la Sanidad; mientras ella es portable en salud y no contagia a otros individuos es Medicina Preventiva. Proveer alimentos higiénicos es Sanidad; alimentar adecuadamente a un obeso, es Medicina Preventiva. Proveer fábricas higiénicas es Sanidad; dar a un obrero débil un trabajo descansado, es Medicina Preventiva. Como vemos, la Sanidad tiene vistas generales e impersonales; la Medicina Preventiva tiene vistas particulares y personales.

Todo lo que tienda a salvar al individuo a través del individuo mismo es Medicina Preventiva. Todo lo que tienda a salvar al individuo a través de medidas colectivas, es Sanidad.

Esta separación neta de los dos conceptos se ha ido elaborando lentamente a medida que se ha hecho la conciencia higiénica en la materia y ello obedece a un proceso de inteligencia nueva cuyas raíces históricas vamos a analizar antes de entrar a definir lo que es un Centro Pro-Longevidad.

Referencias históricas

Sería muy difícil encontrar en el pasado quienes no hayan hecho una referencia a los procedimientos de la Medicina Preventiva aplicadas a todas las enfermedades. Al fin de cuentas, la Medicina Preventiva no es sino un capítulo de la Higiene Individual aplicado, no a dictar normas de carácter higiénico para conservar la salud, sino a dictar normas de orden clínico para evitar las enfermedades portables en salud.

De una u otra manera, todos los que en el pasado se ocuparon de la Higiene, han sentado algunos principios de Medicina Preventiva que son aplicados en nuestros días. Bastaría señalar las obras de Hipócrates, cuando señala en los individuos el temperamento sanguíneo, el linfático, el apoplético, etc., y da las normas y regímenes de vida que deben llevar para evitar la explosión patológica de esos estados diatésicos. Toda la obra del padre de la medicina es, en verdad, una Medicina Preventiva aplicada a dolencias de tipo común. Saltando 20 siglos llegamos a los trabajos de Ramazzini, el creador de la Medicina Industrial, quien en más de 60 capítulos estudia otros tantos tipos de trabajo que crean

enfermedades profesionales típicas, y señala la importancia de hacer la profilaxis de las mismas.

Entrar al estudio de la Medicina Preventiva es, pues, ir al origen de la medicina misma. Sin embargo el concepto integral de la Medicina Preventiva en nuestros días lo da el médico inglés Horacio Dobell, de Inglaterra, quien en 1870 pronuncia una conferencia titulada «Sobre la posibilidad de evitar dolencias portables en salud por medio de los exámenes periódicos». Podemos decir entonces, que en rigor de verdad Horacio Dobell es el creador de la Medicina Preventiva moderna. Su punto de vista surgía de la naturaleza del trabajo que realizaba: era médico en una Compañía de Seguros, y llegó a encontrar que dentro de una colectividad normal, el 7 % era inasegurable, y había un 8 % más, que si bien era asegurable, tenía un grave riesgo. Horacio Dobell, al sentar el principio de que el 15 % de una población normal tiene ya en salud una dolencia que agrava su riesgo de muerte, y al fijar la posibilidad de hacer la profilaxis de estos estados por medio del examen médico hecho en salud periódicamente, sentó las bases de la Medicina Preventiva de nuestros días.

Las ideas de Dobell poco a poco se hacen carne, sobre todo, entre los médicos adscriptos a los Seguros de Vida, y es así que el Dr. George M. Gould, de Filadelfia, publica en el Journal of the American Medical Association, (de Julio 21 de 1900) un trabajo en el cual señala la necesidad de los exámenes biológicos en personas aparentemente sanas.

El primer plan iniciado dentro de esas ideas se debe al Dr. Burinside Foster, quien en abril de 1909 propone el examen médico periódico en la Association of Life Insurance Presidents. Como vemos, es siempre dentro de la medicina del seguro de vida en la cual se hace carne este movimiento, y por tener esa finalidad es que se le llama «Life Extensión» que, traducido literalmente, significaría Extensión de la Vida, o mejor dicho, Pro-Longevidad. El iniciador del movimiento es el Dr. Eugenio L. Fisk, médico de la Provident Life Assurance Society, quien inicia el sistema del examen médico periódico, entre los asegurados en esa compañía. Interesa señalar que en el año 1914 el Dr. S. S. Goldwater, Comisionado de Higiene de la Ciudad de Nueva York, anuncia el establecimiento de un sistema de examen periódico en el Departamento de Salud de la ciudad. Es más tarde el Dr. H. M. Biggs, Comisionado del Departamento de Higiene, del Estado de Nueva York (vale decir la provincia), quien se convierte en un ardiente defensor de este sistema durante los doce años que ocupa la dirección de higiene de ese importante Estado de la unión americana. Interesa señalar que es este mismo funcionario quien, en la Conferencia Nacional de Servicio Social, celebrada en Wáshington, en mayo 17 de 1923, pone el examen médico periódico en una

lista de los once objetivos que la higiene pública tiene para desarrollar en los 20 años subsiguientes.

Otro de los profetas de esta nueva higiene es el Dr. W. Irving Clark, quien publica en el año 1913, en el Journal of the American Medical Association, un trabajo destinado a aplicar esos mismos principios a los obreros industriales. Y es en el año 1914 que el Dr. Harold A. Ley, propone la creación del Life Extension Institute como una empresa privada, aunque con alcance social, a punto tal que integran el primer directorio el general Gorgas, el ex presidente de EE. UU., Taft, y los filántropos F. A. Vanderlip, y Charles A. Sabin, los cuales intervienen en la dirección, o mejor en el directorio, al sólo objeto de estimular esta nueva acción cívica y actuando en carácter de líderes.

Desde entonces, el movimiento se extiende en avalancha, alcanza a todo EE. UU., y pasa a formar parte de la actividad de las compañías del seguro de vida de Alemania y de Inglaterra. No hay actividad médica de carácter higiénico que no se impregne de este nuevo sentido, tal como los departamentos de higiene, las organizaciones voluntarias de higiene, las compañías de seguro de vida, hospitales, medicina industrial, y aun la misma medicina privada. Pone sello científico a esta actividad la misma American Medical Association, la cual en tres años sucesivos, 1922, 1923 y 1924, en artículos médicos repetidos, señala la importancia higiénica que este esfuerzo representa. A su vez, en dos congresos nacionales (julio 4 de 1923 y julio 4 de 1924) el National Health Council señala para todo EE. UU. una campaña de examen médico periódico como una actividad de la nueva higiene.

Difícil sería desde entonces seguir paso a paso la evolución extraordinaria que estos principios tomaron en el mundo. El certificado económico de su valor lo da la *Metropolitan Life Insurance Company*, que inicia en 1912 una campaña de educación sanitaria por medio de una *Visitadora de Higiene* (más adelante analizaremos lo que ella representó 25 años después de iniciada). La guerra de 1914/18 ya había señalado en los medios militares la importancia de la *Medicina Preventiva,* cuando se publicó el estado de salud del primer millón de conscriptos examinados en Ingaterra y sobre los cuales el Dr. René Sand hiciera una amplia publicación.

Señalaremos que en el año 1928 publica el Dr. Germinal Rodríguez una tesis titulada «*Servicio Médico y Servicio Social de las Cajas de Seguros Sociales*», laureada en el año 1929 por el *Premio Rawson* de la *Asociación Médica Argentina,* y en la cual señala la necesidad de aplicar a nuestro incipiente *Seguro Social,* esos conceptos que ya se hacían carne en el mundo. Hasta entonces este tema no figuraba en el programa de *Higiene de la Facultad* ni en los textos universitarios de la materia en nues-

tro país. En el año 1933, el profesor Alberto Zwanck, incorpora el *Life Extension Institute* con carácter de pregunta hecha en la bolilla de Biometría del programa oficial de enseñanza de la higiene.

En el año 1933 se publica en nuestro país un libro titulado «*La Invalidez como un problema médico y social*», del Dr. Germinal Rodríguez, quien ya con abundantes estadísticas señala la importancia que esta actividad toma en los seguros sociales, y en especial de Alemania, en las *Cajas de Invalidez*. Es con la base de este libro, que se dicta en 1938, en la República de Chile, la Ley de *Medicina Preventiva* de aquel país y se señala en el debate parlamentario esta fuente de información como importante.

Importa señalar la influencia que la ley de *Medicina Preventiva de Chile* tiene en nuestro país y cabe señalarla como ejemplo, ya que teniendo el país hermano el *Seguro de Enfermedad* y de *Invalidez*, incorpora como una actividad especial, el *Seguro de Profilaxis*. No es que la profilaxis médica de las enfermedades portables en salud no existiera ya en Inglaterra y en Alemania; pero era hecha sin concepto doctrinario, sino simplemente como un aporte voluntario de los que querían utilizar este servicio. *Chile*, impone el examen médico períodico con carácter compulsivo, y seis años después, el 15 de noviembre de 1944, el Coronel Juan D. Perón, a cargo de la Secretaría de Trabajo y Previsión dicta el decreto-ley de Medicina Preventiva y Curativa, con colaboración del Dr. Juan Bramuglia, Secretario General de todos los problemas ligados con la Previsión Social, en nuestro país. Sobre la base de la ley chilena, y de la colaboración inteligente de una pléyade de médicos dedicados a esas actividades, es que nuestro país oficializa en 1944 la Medicina Preventiva como una nueva actividad pública e higiénica.

Desde entonces la historia coincide con nuestros días. La tarea magna que tenemos por delante es la de hacer efectivo este Decreto-Ley y extender los beneficios del mismo a toda la población asalariada del país.

Examen médico periódico:

Lo que nosotros llamamos examen médico periódico es llamado en inglés «health examinations», vale decir, examen en salud. En verdad, esta expresión es más exacta y define mejor el carácter de esta actividad. Importa señalar que el mismo Seguro de Enfermedad, de Inglaterra, los llaman «Health Insurance». Examen en Salud: tal la expresión gráfica y la intención de esta actividad. Puede definirse el examen en salud como la valoración física y mental del individuo hecha por médicos competentes destinadas a detectar anormalidades físicas y mentales así como hábitos de higiene inconvenientes, hecha con el propósito de su corrección. Podemos definir con el

Dr. Roger L. Lee que el «examen en salud es el balance de la personalidad higiénica de un individuo». «En verdad, ese valor tiene tres propósitos a saber: (1) valorar, clasificar cada individuo como una entidad, vale decir, su aspecto médico constitucional, interpretado con el medio en el cual debe desarrollar sus actividades; (2) diagnóstico de los trastornos funcionales, con la vista puesta en su corrección; (3) valoración de los trastornos orgánicos para su tratamiento, compensación, o control de las lesiones.

En esas tres proposiciones estan bien señalados los propósitos del examen médico preventivo. En primer lugar, se busca la corrección de algún hábito no higiénico. Tales serían: el consumo de alcohol, el exceso de excitantes, como té, café, etc.; el exceso de alimentación, en personas con tendencia a la obesidad; prescripción de hábitos dietéticos específicos para personas con diátesis bien determinados artríticos, reumáticos, congestivos, etc.; evitar tareas fatigantes a individuos endebles; reposo adecuado, etc. Los excesos, tanto en deportismo como en sedentarismo, pueden ser preocupaciones del médico examinador, lo cual requiere por parte del médico tener una cultura de carácter médico e higiénico general completa. Para sacarle provecho a la gimnasia correctiva, ejercitación respiratoria; gimnasia abdominal (destinada a corregir los estados de obesidad, insuficiencia ovárica, etc.) el médico necesita una cultura que a menudo es olvidada en las cátedras de la materia.

Otra de las preocupaciones del médico es valorar lo que llaman Enfermedades Menores, cuales son, amigdalitis a repetición, constipación crónica, resfríos frecuentes, estados de decaimiento o abstemia; en las mujeres, períodos dolorosos, estados dispépticos intrascendentes, etc. Este grupo de alteraciones tiene una importancia médica especial, ya que suelen constituir el período inicial, vale decir, trastornos funcionales preparantes de estados graves posteriores.

Ya se há señalado en diversas oportunidades que lo que la Medicina Preventiva busca son los llamados trastornos funcionales, concepto éste que ha sido fijado por Von Bergman, y sobre el cual el Profesor, José M. Jorge ha insistido repetidamente. Se sabe que antes de que aparezca una lesión de carácter orgánico, el organismo reacciona alterando la función. Si en este primer estado hay una alteración de carácter orgánico, ella es tan mínima que no logra apreciarse la alteración patológica con nuestros medios habituales de examen. Las alteraciones de función primaria, pueden no ser perceptibles: y si lo son, en general el portador suele no darles importancia. Antes de que aparezca un sindrome diabético, mucho tiempo antes hay una polidipsia bien marcada; lo mismo podemos decir de la úlcera gástrica que da trastornos dispéticos de tipo hiperclorhídrico durante meses o años, antes de que el cuadro se instale. Von Bergman ha insistido en que ese es el período útil de la

higiene, en la cual es posible corregir las causas, regulando la función, antes de que se presenten los trastornos de carácter orgánico.

Las Indisposiciones:

Bajo este título comprendemos un conjunto de enfermedades menores, pequeñas dolencias soportables en un aparente estado de salud, las cuales se agudizan periódicamente y determinan ausencias del trabajo. En este sentido, por su valor económico, y por su advertencia es que ellas entran como un tema dentro de la Medicina Social y deben ser la preocupación también de la Medicina Preventiva.

Podemos colocar dentro de ellas las siguientes: vicios de refracción no corregidos, dureza de oídos, caries dentarias, pequeñas infecciones, piorrea, malas condiciones dentarias (sin caries), resfríos frecuentes, bronquitis a repetición, lesiones orgánicas valvulares del corazón, corazón hipertrofiado, arterioesclerosis, constipación, lumbago, insomnio, uso abusivo de medicamentos, laxantes habituales, venas varicosas, albuminuria, otras alteraciones de orina (rastros de glucosa; pus, etc.), etc. etc.

Para apreciar el valor de estas indisposiciones seguiremos un estudio estadístico realizado, compulsando la masa obrera de 28 oficios diversos y con un total de 17.294 personas, obreros técnicos.

El objeto de ese trabajo fué hacer un estudio profesional, vale decir, ver hasta qué punto el tipo de ocupación tiene importancia sobre algunas de esas dolencias. El promedio de edad de dicho grupo era de 37,8 años.

Es evidente que cada oficio tiene una indisposición de tipo específico. Los vicios de refracción, corregidos o no, se encuentran en oficios que requieren el órgano visual tales como, cortadores, sastres, obreros del vestido, etc. Las dificultades de audición, toman especialmente a los trabajos en que el ruido es intenso, tales como los herreros, los cuales tienen un índice superior tres veces al de los comerciantes. Para las caries dentarias y la piorrea los pintores tienen el más alto índice, hecho este que hay que relacionarlo con las intoxicaciones profesionales. La hernia es poco observable en oficios de esfuerzo dada la selección profesional que se realiza para estas clases de trabajo. La constipación se observa especialmente en ocupaciones sedentarias. Las venas varicosas y sus complicaciones aparecen especialmente en los trabajos que se realizan de pie. Las cifras de lumbagos son altas entre los mineros y obreros que realizan trabajos rudos.

Señalaremos a continuación los hechos estadísticos más importantes.

1.º Hay un 1 % de tuberculosis latentes o sospechables.
2.º Idem de afecciones pulmonares, sin tuberculosis entre un 3 a un 5 % de los obreros.

3.° Bronquitis y efisema en 1, 2 %.
4.° Amígdalas grandes o enfermas en el 25 %.
5.° Dificultades respiratorias por cornetes u otra causa en el 20 %.
6.° Sinusitis leve en el 20 % de los obreros; y avanzada en un 1 %.
7.° Resfríos frecuentes en un 15 %.
8.° Caries dentarias, piorrea, etc. en un 60 %.
9.° Dispepsia en un 10 %.
10 De un 30 o un 40 % tienen constipación; un 25 % toman laxantes.
11 Hay un 10 % afecto de hemorroides.
12 Arterioesclerosis precoz en un 10 %.
13 De un 2 a 5 % tienen trastornos orgánicos o funcionales del corazón.
14 De un 3 a 5 % tiene más de 20 m.m. de presión arterial arriba de lo normal; y de un 10 a 15 %, 15 m. abajo de lo normal.
15 En un 5 % hay taquicardía .
16 En un 2 a 3 % hay albuminuria marcada; de un 15 % a 20 % suelen tener serina intermitentemente; un 5 % con cilindros granulosos; un 8 % con cilindros hialinos; un 10 % tiene pus en la orina.
17 Un 5 % tienen glucosuria o diabetes.
18 Un 4 % tienen manifestaciones de prostatismo.
19 Un 20 % tienen vicios de refracción no corregidos; un 15 % corregidos.
20 Un 8 a 10 % dificultades de audición; 10 % cerumen
21 Hay 2 % con tiroidismo o estruma visible.
22 De 3 a 5 % tienen adenitis.
23 De 8 a 10 % tienen afecciones crónicas de la piel.
24 De 4 a 6 % tienen hernia y otros tantos debilidades del anillo inguinal.
25 Un 6 a 8 % varicocele; y várices 3 a 5 %.
26 Pie plano en el 15 %; Desviaciones de la columna vertebral en el 4 %.
27 Hay lumbago crónico en el 4 %.
28 Hay estado de nerviosidad en el 6 al 8 %.
29 Los reflejos tendiposos son anormales del 4 al 6 %.
30 Tienen mareos y vértigos del 7 al 10 %.
31 Padecen de insomnio el 2 %.
32 Tienen cefaleas persistentes el 30 %.
33 Del 8 al 10 % usan drogas por propia prescripción.

Estos estudios estadísticos han sido llevados con toda minuciosidad y se ha podido así sacar *los promedios, las desviaciones* relacionadas con las edades y los oficios. No seguiremos ese detalle porque nos insumiría mucho tiempo, pero señalaremos algunos hechos.

Así las *afecciones bronquiales* que se encuentran en un promedio de 1,4 % para todas las profesiones, son para los sastres el 3,2 y para los chóferes 1,0. Las *enfermedades del pulmón,* no tuberculosis, promedio 4,0 %, siendo para los sastres de 7,1, y para la policía de 1,8. La tuberculosis, real o sospechada, que es de 1,2 % promedio, es para los chóferes de 1,8, y para los pintores de 0,5; etc.

No podríamos entrar al estudio médico preventivo de cada una de estas dolencias porque sería abordar un capítulo de medicina relacionado con estados de enfermedad aparentes o simulados, pero que deben buscarse de una manera minuciosa. La simple y común *cefalea* suele tener causas comunes y causas remotas que van de un vicio de refracción, a trastornos de hipertensión craneana, en los tipos de lesiones meníngeas ocultas y difusas, de origen luético, sin ninguna otra manifestación clínica. Corresponde al médico en el ejercicio del *Consultorio de Medicina Preventiva* hacer el análisis clínico de cada caso que se presente, pues podríamos decir que éste es el capítulo más importante de toda la ciencia, desde que estas *disposiciones* pasan inadvertidas y se dejan de lado en su importancia; sin embargo, ellas pueden ser la punta del hilo de un ovillo enmarañado y llevarnos a desenredar cuadros más importantes de enfermedad.

Estadística

Podemos agregar, como una experiencia personal, la estadística obtenida en el consultorio de *Medicina Preventiva,* del *Hospital Durand,* instalado en el *Instituto de Perfeccionamiento Médico-Quirúrgico* y que funciona desde 1943. En ella hemos obtenido la siguiente proporción de enfermedades menores:

1 17 % de estreñidos.
2 10 % de desnutridos.
3 10 % de cardio renales.
4 8 % de disendocrínicos.
5 7 % con dolores reumáticos y neuritis.
6 6 % con amígdalas sépticas.
7 6 % con sífilis hereditaria o adquirida.
8 4 % con tuberculosis.
9 4 % con descalsificación y caries dentales marcadas.
10 4 % con parasitosis intestinal comprobada con análisis.
11 4% de gastro-enteropáticas.

12 10% con neurastenia, distonias neuro-vegetativas y cuadros imprecisos que requieren observación clínica.
13 10% sanos.

Quiere decir, que de cada 10 personas aparentemente sanas que se presentaron al examen, sólo una era desde el punto de vista médico e higiénico irreprochable: todas las demás necesitaban algún cuidado, médico o higiénico, especial.

Denominación médica de indisposiciones:

Cabe aquí plantear un problema de carácter técnico que nos permita encontrar una denominación médica que denuncie esos estados mínimos de alteración funcional, pero que ya entran en la escala patológica desde el punto de vista higiénico.

En el año 1922 el Profesor Roger Glenard, francés, publicó un libro llamado *El Hepatismo,* que marcó época dentro de la clínica médica, por cuanto señalaba uno de esos estados de predisposición mórbida que forman una patología especial. El subfijo *ismo* agregado al órgano original *hepat,* ha significado siempre en medicina un estado de alteración sin alteración grosera; sin llegar a ser una inflamación, es sin embargo un estado anormal. Así, cuando se habla de *meningismo* sabemos que hay un estado de alteración tal de las menínges con insinuación de un ligero Kernig, con una acentuación dolorosa para todo lo que signifique tironeamiento nervioso. Este tipo de denominación ha persistido en Francia, y es frecuente encontrarlo en la terminología médica de los últimos 20 años. En otras partes se ha prescindido del subfijo, y se habla, por ejemplo, de *colon irritable,* para señalar un estado de anormalidad del plexo nervioso autónomo que rige el funcionamiento de este órgano.

Cabe igual concepto para las alteraciones funcionales ligeras del corazón, que se traducen, ya sea por taquicardia, ligeras extrasitolias; moderadas lipotimias, etc.: en estos casos sin haber una alteración de carácter orgánico o funcional acentuada, hay un estado que no cabe dentro del término miocarditis, y sí de un miocardismo.

Los síndromes mudos:

Podemos decir que la *patología funcional, que es la utilizada por la Medicina Preventiva, se basa en la interpretación de pequeños síntomas;* de allí que en la literatura médica inglesa se llame a esta técnica semiológica «*detectar*»; y repitan frecuentemente «la detectación» como el arte de escudriñar o pesquisar el pródromo de una alteración antes de que ésta tome cuerpo.

Sin duda es la *medicina del seguro de vida la que ha magnificado los hechos triviales* como veremos en este comentario. De

allí que en *la historia de antecedentes de la Ficha de Salud, entre en la especificación* de una cantidad de preguntas al parecer pueriles, pero que tienen el valor de un rastro dentro de la pesquisa.

Así la existencia de *gripes* a repetición, puede denunciar un estado de tuberculosis inaparente. El examen de la dentadura es toda una patología funcional que demuestra estados de descalcificación y de acidosis que hablan por si mismos de un pasado enfermo; lo contrario es la existencia de buen estado dental.

En materia de *costumbres* es importante señalar la cantidad de vino o cerveza que toma una persona sin esperar que la mida el sujeto mismo diciendo que bebe o fuma poco o mucho. Tratándose de tabaco, hay que señalar la cantidad de cigarrillos diarios y no la de paquetes.

El pequeño temblor fibrilar de la lengua denuncia muchos casos de etilismo oculto. El pequeño temblor fibrilar de los dedos es un signo prematuro de intoxicación alcohólica, de estados de hipertiroidismo y aun de esclerosis en placas, las cuales, a estar a los últimos hechos médicos, pueden clasificarse entre las enfermedades carenciales del tipo del complejo B, vale decir, curables con un régimen dietético apropiado y que explica muchas de esas curaciones espontáneas que hasta ahora no había cómo interpretarlas.

El mismo examen de las facies es toda una ciencia, *la cual la experiencia médica puede leerla con provecho.* No nos referimos a las graves manifestaciones de las enfermedades, las cuales se denuncian por sí mismas, sino a los pequeños matices. La *edad aparente* y la *cronológica* ya denuncia un envejecimiento cuya causa hay que buscarla. Hay manifestaciones de *insuficiencia tiroidea* que sólo se denuncia por una infiltración de edema apenas perceptible, de tipo céreo y que aparentan estados de senectud precoz, que cambia rápidamente con la medicación endocrina. Lo mismo puede decirse del *hipertiroidismo* oculto, sin taquicardía, de tipo vagotónico, pero con su pequeña exoftalmía; *el cual se traduce* por cuadros de nerviosidad inexplicables, *pero que la existencia de un metabolismo basal aumentado permite afirmar su causa.*

La búsqueda de los reflejos tendinosos debe ser hecha en forma sistemática, y cuando el reflejo rotuliano falta, hay que buscar el aquiliano, *el cual se ha demostrado ser más fiel* para denunciar estados de pretabes.

Asimismo, los estados arteriales se denuncian en muchos casos, un par de años antes de que aparezcan los fenómenos disneicos, por el pequeño dolor anginoso al esfuerzo y que la simple toma de la oscilación arterial de las tibiales permitiría poner en evidencia.

Otro hecho al cual la medicina común suele no dar importancia es el estado permanente de *hipotensión arterial*, con máxima oscilación alrededor de 100 y que denuncia un franco estado de cardioastenia o de insuficiencia suprarrenal, y que tiene especial importancia para explicar la gran cantidad de muertes súbitas certificadas como síncopes, o de muerte prematura en infecciones comunes de tipo gripal o diftérico. Se impone en todos estos casos realizar el test al esfuerzo del miocardio para saber si la taquicardía de fatiga y la hipotensión se restituyen dentro de un plazo bien fijado por la semiología.

Tiene importancia también señalar el valor prematuro de la *hipertensión mínima* como signo que denuncia una nefroesclerosis aun en ausencia de toda alteración de la orina. Casi siempre se acompaña de otras manifestaciones que pueden detectarse con sólo insistir: la nicturia, la cefalea matinal, y la poca densidad de la orina en ayunas, la cual es una prueba de la concentración urinaria. Las nefroesclerosis son riesgos de tendencia médica progresiva, ascendentes, y evolucionan hacia las graves hipertensiones irreductibles, las cuales pueden denunciarse años antes por sólo esa sintomatología mínima que hemos señalado.

En materia de tumores del ansa sigmoidea, el profesor Carlos P. de Nicola ha señalado la importancia de su diagnóstico temprano para su tratamiento en tiempo útil, y dice: «que por lo común, ya sea por descuido de los enfermos que no concurren a ver al médico sino cuando el avance del mal los obliga, o del médico que por desconocimiento o pereza no practica los exámenes que corresponden, el hecho es que hay un porcentaje elevado de pacientes que descubren su enfermedad cuando aparecen los signos obstructivos. Veces hay que, por causas iguales a las ya mencionadas, son menester muchas crisis obstructivas para que un accidente oclusivo indique una operación de urgencia». Y señala dicho autor que sobre 16 casos estudiados, 15 tuvieron una muerte a corto plazo por dicha razón.

La Medicina Preventiva en la Radiología del Tórax:

Vamos a señalar a continuación las alteraciones encontradas en 1.500 casos de examen roentgenográfico del tórax:

Casos normales	56,3 %
Corazón agrandado	17,2 %
Aneurisma aórtico	,2 %
Dilatación aórtica	1,2 %
Aorta prominente	3,2 %
Tuberculosis sospechable	15,5 %
Tuberculosis activa	4,3 %
Adherencias diafragmáticas	,6 %
Enfisema	,06 %

Tumor del mediastino	,06 %
Costilla cervical	,38 %
Columna dorsal desviada	2,0 %
Pleuresía	2,0 %
Trama bronquial acentuado	,5 %

Como vemos, de cada diez casos de examen radiográfico del tórax, sólo 6 son prácticamente normales y en cuatro pueden hallarse anormalidades que son verdaderos hallazgos. Sin embargo, hay tres clases de hechos principales que este examen nos va a poner en evidencia. El aumento del área cardíaca y la existencia de lesiones radiológicas tuberculosas adquieren una misma importancia. Sigue a este la existencia de lesiones activas de tuberculosis y la dilatación aórtica, tomando luego importancia las pleuresías y el espesamiento de la trama bronquial.

El Valor Actuarial de los Síntomas:

La apreciación de los síntomas iniciales de las enfermedades varía según se tenga un concepto *médico-tratante* o *médico higienista*. Este concepto han debido darlo las *compañías de seguros de vida*, los cuales debieron proyectar en el espacio de 20 ó 30 años el valor de algunas alteraciones que inicialmente no parecen de importancia. Les fué menester utilizar el llamado *pronóstico matemático* que permite poner en la ley de los grandes números las probabilidades de vida de una persona. Estas experiencias estadísticas hechas sobre la base de centenares de miles de casos colocados en paridad de condiciones, son los que autorizan para descubrir en las *latencias mórbidas* la base destructiva sobre la que va a querer actuar, años después, en plena impotencia, la terapéutica.

Vamos a comentar *algunos* de estos aspectos que nos permitan mostrar *algunas* de estas apreciaciones.

La simple *taquicardía* permanente de 90 a 100 pulsaciones, sin otro síntoma de cardiopatía, ya permite prever una sobremortalidad de 135 a 150 por cien; y cuando las pulsaciones son más de 100, esta posibilidad de muerte se eleva al 50 por cien. Vale decir, que si el *índice de mortalidad general* esperable para una población normal de esa misma edad es de 10 por mil, para el grupo de personas arriba señalado será de 13, ó de 15 ó de 25 o/oo.

En otras palabras, esas personas habrán adelantado su edad, y tienen un índice mortal correspondiente a uno de edad superiòr. En el primer caso, cuando la *taquicardía* es entre 90 y 100 pulsaciones, un joven de 20 años tiene la misma posibilidad de muerte que uno de 31; y en el segundo caso, cuando la taquicardía es mayor de 100, su edad estadística es de 42 años. Vale decir, que las compañías de seguro de vida deben cobrar la prima correspondiente a estas segundas edades, o, en otras palabras, que ese

sujeto ha envejecido en la cantidad de años que se le agregan a su edad. No coincide así la *edad cronológica* con la *edad sanitaria*. Son éstos los llamados «*índices de mortalidad probable*», porque ellos se realizan, no para un individuo en particular, sino de acuerdo a la ley de los grandes números.

De la misma manera el *reumatismo común*, sin la existencia de lesiones cardioaórticas, da una extramortalidad de 300 %, lo que equivale a decir que a los 20 años se tiene el índice mortal normal de uno de 46, y a los 30 igual a uno de 50 años.

El *reumatismo uricémico* da una mortalidad del 90 %, aun en ausencia de otras manifestaciones.

La *presión arterial máxima* en edades comprendidas entre 15 y 20 años, si es permanente de 140, tiene una extra mortalidad de un 9 %; si sube de 150, tiene una extra mortalidad de 63 %; y si sube de 170 su extra mortalidad será de 236 %.

La vulgar *albuminaria*, sin cilindros ni síntomas aparentes de lesión renal, agrega una extra mortalidad de 136 %; esto se ha constatado sobre más de dos millones de asegurados colectivos.

Donde la medicina del seguro de vida se ha mostrado bien terminante es en la *obesidad*, que hasta hace pocos años pasaba entre el vulgo como una manifestación de salud. A los 45 años de edad la existencia de 22 k. de peso arriba de lo normal significa una extra mortalidad de un 50 %; en cambio 10 k. por debajo de lo normal sólo da una extra mortalidad de un 5 %. En edades superiores a los 40 años, la existencia de una pequeña disminución de peso dentro del 5 % de lo que corresponde al índice pondo-estatural, representa una ventaja en la prolongación de la vida, pues las *muertes realizables* son de un 95 por cada 100 *esperables*.

El *asma* de pequeña intensidad que pasa sin importancia en la medicina tratante con enfermos aparentemente curados, con más de 5 años sin manifestaciones, dan una mortalidad probable de 233 % sobre un total de más de 20 mil observaciones. La misma *bronquitis crónica* en personas jóvenes ligeramente enflaquecidas, tiene una mortalidad de 320 %, lo que permite decir por su valor estadístico que estas manifestaciones bronquiales al tener el mismo índice que los tuberculosos fibrosos, son en el fondo manifestaciones bacilares.

Lo mismo puede decirse de las personas que dan antecedentes de *pleuresía con derrame*, los cuales tienen una mortalidad prácticamente igual a los que han tenido una historia de tuberculosis pulmonar curada, hecho que confirma la observación de que estas *pleuresías manifiestan de que se ha instalado* un estado hiperergico por primo-infección.

La vulgar *neurastenia, si ella es a repetición,* da una extra mortalidad de 180 %, pues la experiencia del seguro afirma que los que la sufren mueren tempranamente como bacilosos o por suicidio.

Interesante es también señalar la alta mortalidad de los específicos que han hecho un tratamiento intenso sin el control serológico. Aun *la sífilis* bien tratada dentro de los primeros cinco años, da una mortalidad de 139 %, entre los 5 y 10 años de 174 %; y después de los 10 años, de 217 %. Y es curioso señalar que el específico que ha hecho un mal tratamiento, pero que consigue vivir más de 10 años en esas condiciones, tiene un índice de *mortalidad probable* de 129 % contra de 217 % que tienen los bien tratados. Esto muestra que cuando la lúes es tolerada por el organismo, la espiroqueta le causa menos mal que el traumatismo químico de los tratamientos, o en otras palabras, resulta peor el remedio que la enfermedad. Esto permite afirmar de una manera sentenciosa que no debe hacerse más tratamiento que el necesario, y que toda fijación de normas de inyecciones a plazos fijos que no tengan el control serológico es a la larga contrario a la salud y ofrece menos riesgos soportar la enfermedad.

Es interesante también señalar algunos hechos contradictorios entre las estadísticas del seguro de vida y las afirmaciones de la medicina tratante.

En los casos de reumatismo, tomando los que tienen lesión cardíaca o los que no la tienen, se encuentra una sobre mortalidad de 354 % en los que no se operaron sus amígdalas, y de 400 % en los operados. Para otras infecciones que no son reumáticas se tiene el mismo hecho, pues dan un índice de 179 y 184, mayor en los amigdalectomizados.

Lo mismo puede decirse de las *úlceras del estómago* y del *duodeno,* que en las edades juveniles tienen mayor mortalidad si son tratados quirúrgicamente. Entre los menores de 30 años de edad la mortalidad de los operados es del doble al triple que en los no operados. «Unicamente —dice A. Bunge— en los de más de 50 años de edad la mortalidad de los operados es inferior. No cabe duda —continúa diciendo dicho autor— que hay que tener presente que los operados a menudo son llevados a la mesa de operaciones porque han resistido al tratamiento médico o son perforados tratados de urgencia; pero aun así, esta antiselección de los operados no basta para explicar la alta mortalidad entre los jóvenes a los cuales se le prodiga el tratamiento quirúrgico como una terminante solución».

Lo mismo puede decirse en materia de *colecistitis* y cálculos biliares. Sobre un total de más de 17 mil observaciones, los operados han tenido mayor mortalidad que los no operados, sobre todo en el sexo masculino, mientras que la mortalidad global en los que han sufrido un solo ataque y fueron tratados clínicamente es la normal, y apenas un poco superior en los que han sufrido dos ataques.

En otras palabras, *la estadística no confirma el apuro para operar casos de ulcus gástricos y duodenales, o colecistitis mien-*

tras no se haya agotado el tratamiento clínico. Equivale esto a decir que la biometría aplicada a la medicina tratante permite sentar principios que puede utilizar la medicina preventiva, desde que el criterio demasiado intervencionista no está siempre justificado.

La Medicina Constructiva:

Cuando a un sujeto se le ha encontrado una alteración de orden médico o higiénico se impone ordenarle un nuevo régimen de vida destinado a neutralizar los efectos destructivos de su latencia mórbida. Hay que empezar por ordenarle un régimen de alimentación, de ejercicios físicos, gimnasia respiratoria, distracciones higiénicas, etc., que tienda a cambiar su misma naturaleza constitucional, o por lo menos que contrarreste sus efectos más deletéreos. A este programa de trabajo que podemos llamar: *Medicina Constructiva* es hacia el cual debemos encaminar las nuevas mentes juveniles. Como dice *Lyman Fisk,* «pionner» de la medicina preventiva de EE. UU., cada médico de la nueva graduación debe estar equipado no tan sólo para hacer una investigación semiológica fundamental, sino que por fuera de su interés de especialista, debe saturarse con los principios fundamentales para cooperar con la exigencia de nuestra hora de *ir a la profilaxis de los estados de enfermedad aun dentro de la rutina de la medicina tratante.* Tiempos vienen en que el médico será llamado cada vez más a ejercer este tipo de medicina para grandes masas de hombres ligados a los aspectos más variados de la economía social y especialmente en los medios industriales. Necesitamos médicos que puedan hacer estos exámenes tomando al hombre en su conjunto y no una parte del mismo, dejando para las tareas de especialización aquellos hechos más difíciles que escapan a una técnica corriente. La sagacidad del médico, en el caso de una ronquera inveterada debe ser el *no tomarla por un simple efecto de tabaquismo,* mantener su inquietud hasta que el especialista examine la laringe para descartar tempranamente una neoplasia, o restituir un tratamiento específico o baciloso que trate el terreno aun cuando las causas locales no lo justifiquen.

INSTRUMENTOS, MEDIOS Y OBJETIVOS DE LA MEDICINA PREVENTIVA

Los instrumentos de que se vale la Medicina Preventiva son los Centros de Salud, la ficha de salud standard, la libreta sanitaria y el certificado de salud.

1.º *Centros de Salud.* A lo dicho anteriormente sobre el Centro de Salud ideal y sobre los Centros de Salud en las Capitales hay que agregar un nuevo tipo de Centro de Salud,

dedicado exclusivamente al examen periódico, que por sus características será de más fácil organización y funcionamiento dentro de los establecimientos de que dispone actualmente la Sanidad del país: dispensarios antituberculosos, centros materno-infantiles, dispensarios nacionales, centros antivenéreos, etc. En este caso se utilizarán los edificios y materiales con que cuentan, y proveyéndolos de los elementos que les faltaren (rayos X, laboratorio, etc.), funcionando para Medicina Preventiva con personal propio y en horas distintas a las de las tareas habituales. Es decir, que estos Centros practicarán exclusivamente el examen periódico, derivando a los organismos asistenciales y sociales los sospechados o enfermos para exámenes especializados y su asistencia médica y social.

En las futuras construcciones que de acuerdo a las necesidades asistenciales de las distintas zonas del país deban efectuarse, se agregará una sección dedicada a Medicina Preventiva.

Para las regiones de población escasa o dispersa se utilizarán el tren sanitario y los equipos móviles, para realizar los exámenes periódicos.

En cada capital de provincia o territorio nacional, se creará la central de Medicina Preventiva, donde se archivarán las fichas sanitarias, que serán mantenidas al día transcribiendo los resultados de los exámenes periódicos o consignando los datos que envíen los médicos oficiales o privados sobre enfermedades intercurrentes. En estas centrales se llevarán las compilaciones estadísticas, que serán enviadas periódicamente y en las fechas que se determine a la Central de Medicina Preventiva de la Capital Federal, que será el organismo supervisor nacional central.

INSTRUMENTO DE ACCION

FICHA DE SALUD STANDARD: LIBRETA SANITARIA Y CERTIFICADO

La «ficha sanitaria» es un documento que registra todos los datos de orden médico, antecedentes, vacunaciones, grupos sanguíneos, sueros recibidos, etc., y los resultados de los exámenes periódicos. Constituye, por consiguiente, la historia clínica individual a través de toda la vida. El modelo adoptado será único para ambos sexos y para todas las edades, sirviendo por sus características para ser utilizado en cualquier zona del país. La ficha se hará por duplicado, quedando el original en la Central de Medicina Preventiva o en sus delegaciones de cada provincia o territorio; el duplicado será remitido según las distintas edades a los Centros Materno-infantiles, a las secciones de Medicina Escolar o del Instituto Nacional de Previsión Social, cuando correspondiere a afiliados del mismo.

Esta ficha está preparada para ser iniciada en cualquier momento de la vida, siendo el ideal para comenzarla el nacimiento

del niño. Esta tarea se llevará a cabo en las maternidades o por el médico o partera particulares que actúen, llenando un volante con los datos respectivos, y transcribiendo ellos mismos esos datos a la libreta sanitaria, que se habrá entregado en el Registro Civil en el acto de denuncia del nacimiento. El volante indicado será enviado a la oficina de Medicina Preventiva que corresponda y en ella se confeccionará la ficha sanitaria del niño. De acuerdo con la reglamentación de la ley 12341 de maternidad e infancia, los registros civiles deberán comunicar al centro maternal que corresponda todas las denuncias de nacimiento. Este centro citará a los padres para que lleven al niño, y si no concurrieran, serán visitados a domicilio, a fin de controlar si la libreta ha sido iniciada. En caso contrario se le practicará su primer examen de salud, que se repetirá sucesivamente hasta la edad escolar, en que el control seguirá a cargo de la sección medicina preventiva escolar. Esta controlará a todos los niños, comprendidos entre los 6 y los 16 años de edad, concurran o no a la escuela, para luego seguir en las secciones de Medicina Preventiva correspondiente.

Los datos recogidos en el momento del nacimiento, referentes al niño o la madre, así como todos los restantes obtenidos a través de los exámenes de salud, serán anotados por el médico, la partera y el odontólogo en los volantes de examen, que serán remitidos por ellos mismos a la central de medicina, que los transcribirá a la *Ficha Sanitaria*. Los mismos profesionales citados anteriormente, como los que privadamente intervengan en la asistencia del individuo, deberán anotar por su nombre, o usando las designaciones numéricas del código de causas de morbilidad cuando sea necesario (sífilis, alcoholismo, toxicomanías, etc.), en la «libreta sanitaria».

La libreta sanitaria es un documento personal y privado que acompañará al individuo desde su nacimiento hasta el final de sus días. La libreta, entregada a los padres en el acto de denuncia del nacimiento, será puesta en posesión del hijo a la edad de la adolescencia o antes si los padres lo creyeren conveniente. Será su historia clínica permanente, siempre mantenida al día mediante los exámenes periódicos de salud. En ella constarán todas las enfermedades padecidas, el grupo sanguíneo, sueros inyectados, exámenes periódicos, resultado del examen prenupcial, ficha sanitaria de la edad militar, informes radiológicos, de laboratorio, alergia tuberculínica, exámenes odontológicos, vacunaciones, orientación profesional, etc. En la libreta sanitaria se consignan consejos originales de las libretas sanitarias del niño y de la madre, en uso desde el año 1940, de acuerdo con la ley 12341 y su reglamentación, y otros para distintas edades y afecciones, como contribución a la preparación de la conciencia sanitaria.

El certificado de salud es el documento público que registra únicamente la fecha de examen, ocupación y aptitud resultante. Es un carnet que lleva fotografía y números de documentos de identidad. A diferencia de la Libreta Sanitaria, que sirve como documento privado y para ser mostrado únicamente a médicos, el certificado es el documento que demuestra el cumplimiento de la ley y es el exigible en los casos pertinentes.

MEDIOS DE ACCION

Los medios de que se vale la medicina preventiva para concretar su obra, son:

1.º) Examen médico periódico
2.º) La educación sanitaria;
3.º) La profilaxis por el tratamiento;
4.º) Readaptación médico-social.

EXAMEN MEDICO PERIODICO

La investigación de las llamadas enfermedades inaparentes, es decir, en el momento en que aun no dan síntomas manifiestos, se ha impuesto ya en todos los países cultos del mundo, pues es la única forma que permite, al descubrir las enfermedades en la faz preclínica, instituir precozmente un tratamiento que resultará más corto, más provechoso y más económico, restituyendo a la sociedad elementos útiles para su progreso. La pesquisa de enfermedades tales como la tuberculosis, el cáncer, la sífilis, etc., mediante los llamados exámenes periódicos y el descubrimiento de los estados iniciales de las mismas, permitirá no sólo conservar el capital humano existente, sino que tendrá efectos sobre la natalidad, al disminuir las causas que provocan la interrupción del embarazo, la mortinatalidad y la mortalidad del lactante. A tal efecto, la acción médica preventiva debe iniciarse antes de la concepción, es decir, cuidando los elementos masculinos y femeninos a través de la salud de los futuros padres. Hay que extender la lucha contra todas las causas invalidizantes o degenerativas, cuidando el organismo humano para que no se enferme, tratándolo precozmente si lo estuviere, postergando el matrimonio, si las enfermedades fueran de las que tienen influencia directa sobre la salud física y mental de la descendencia. Llegada la época de la gestación, la mujer debe someterse a disciplinas higiénicas, que implican la aplicación de normas de medicina preventiva en beneficio del futuro niño y de ella misma. Producido el nacimiento, el niño desde ese momento mismo y aun estando sano, debe someterse periódicamente al examen del especialista, que lo guiará en su alimentación, que lo someterá a las vacunaciones específicas y que tratará de descubrir cualquier desviación de la normalidad desde su comienzo. La edad infantil, la pubertad, la adolescencia, la juventud, la adultez, la edad madura, en fin, el curso

de la vida toda, será vigilado a través de los exámenes periódicos, cuya práctica anual debe tratarse de implantar lo más rápidamente posible. El Estado lo realizará por medio de los organismos que existen y que deben ser modificados o ampliados, y por los nuevos cuya implantación se propicia. Es necesaria la colaboración de los profesionales que ejerciendo privadamente crean conveniente la realización de un examen de salud, a los familiares de los enfermos que atiendan, para ganar tiempo en el diagnóstico precoz sin esperar al examen periódico de rutina.

No debe tolerarse más, desde el punto de vista médico, que un individuo que es peligroso para la comunidad, pues la expone a que adquiera la enfermedad del cual él es portador, no se someta a las disciplinas científicas que redundarán en su propio beneficio, pues tratarán de curarlo, al mismo tiempo que se evitará el mal de los demás. El Estado tiene las normas jurídicas para hacerlo: es elemental el recuerdo de que el derecho individual tiene como límite el derecho de los demás; la higiene pública ha impuesto la obligatoriedad de ciertas vacunaciones y exámenes como el prenupcial, en defensa justamente de la salud individual y colectiva.

El examen médico periódico persigue, como primera finalidad, el diagnóstico precoz de las enfermedades sociales, cuando aun no se han producido lesiones irreparables, cuando aun no se han hecho peligrosas para los demás componentes de la colectividad. El diagnóstico precoz de la tuberculosis de comienzo, por ejemplo, no sólo hace fácilmente curable la enfermedad sino que quita la posibilidad de que ese enfermo contamine a diez personas sanas, como sucede si su enfermedad evoluciona y el enfermo no se aísla. Pensemos lo que significa la progresión geométrica resultante: un enfermo provoca 10 más, esos 10 a otros 10 respectivamente, los 100 a otros 10 cada uno, y nos daremos cuenta del por qué, entre otras causas, de la enorme difusión de la tuberculosis y el por qué de los miles de vidas que se pierden anualmente.

Lo dicho para la tuberculosis es adaptable, según las modalidades de contagio, a otras enfermedades que siegan también miles de vidas. Una forma de poner un dique a estos flagelos, frecuentemente ignorados por su portador, es el examen médico periódico y, para que éste sea ampliamente beneficioso, debe ser extensivo a toda la población; la única forma de obtenerlo, mientras no exista la conciencia sanitaria, es haciéndolo obligatorio.

El examen médico periódico, o examen de salud, comprende el examen clínico, el odontológico, la radiofotografía, las pruebas biológicas y la práctica de las vacunaciones cuando sea necesaria.

Los supuestos enfermos serán enviados a los centros especializados correspondientes, para confirmar la sospecha. Los enfer-

mos descubiertos o confirmados serán tratados por el Estado en sus organismos asistenciales o privadamente. El campo de la Medicina Preventiva es ilimitado, y, juntamente con la obra asistencial y los servicios sociales, tiene ante sí que librar en íntima colaboración una batalla que solamente se ganará disponiendo de grandes recursos económicos, personal técnico numeroso y especializado, cuyos beneficios serán inmediatamente visibles, devolviéndose con creces lo invertido mediante la conservación de la salud general.

EDUCACION SANITARIA

La base efectiva para toda campaña en bien de la salud de la colectividad es la cooperación de todos los componentes de ella. Para que esto sea factible, es indispensable la comprensión de las finalidades perseguidas, lo que sólo se obtendrá mediante la educación y difusión sanitaria, que son los principales agentes que intervienen en la formación de la conciencia sanitaria del pueblo; sin esto será imposible implantar la medicina preventiva.

La ciencia sanitaria se irá formando desde la edad preescolar, en los jardines de infantes, y en todas las obras de protección dedicadas al niño.

La escuela será el foco de donde se irradie la cultura sanitaria, y el maestro su agente ejecutivo. En colaboración con los trabajadores sociales formarán la conciencia sanitaria desde la escuela. Por el niño escolar se trasmite insensiblemente una serie de conocimientos, tendientes principalmente a combatir los hábitos nocivos cuya práctica permanente termina por llevar a la enfermedad, tales los vicios de higiene, como los excesos en las comidas, en los deportes, en la vida sedentaria, el exceso de trabajo físico o mental, el escaso o desmesurado descanso, el alcoholismo, tabaquismo, etc.

Todas las formas de enseñanza serán utilizadas: la oral, la escrita, la figurada, la demostrativa, la temporaria, la permanente, la individual, familiar, colectiva, etc. Toda oportunidad será buena para mantener despierto el interés del público sobre esta materia. Deberán practicar activamente los médicos y demás profesionales complementarios o auxiliares y los trabajadores sociales, quienes tendrán que ser los primeros convencidos de que, gracias al adelanto de las ciencias, hoy puede ser una realidad el viejo precepto de que vale más prevenir que curar.

PROFILAXIS POR EL TRATAMIENTO

Descubierta una enfermedad, ya sea que esté en potencia o recién se inicie, debe instituirse inmediatamente el tratamiento indicado. De esta manera se evita que la enfermedad se «inicie» o que siga su curso. La aplicación de este concepto ya da espléndidos resultados en los países donde se ha hecho efectiva. En los Es-

tados Unidos, por ejemplo, se han visto los resultados aplicando el sistema en una Cía. de Seguros (La Metropolitan de New York). La mortalidad maternal en la familia de los asegurados que era de 20 por 100.000, en el año 1911, bajó a 12 por 100.000 en 1930. La mortalidad infantil de 600 por 100.000 entre niños de 1 a 14 años en 1911, bajó a la mitad en 1929. La mortalidad por tuberculosis de 220 por 100.000, bajó a 80 en el año 1930. Estos resultados se vieron también en las afecciones cardíacas, cáncer, etc.

De manera que evidenciada en el supuesto sano cualquier enfermedad, por el examen periódico, debe dirigírsele al organismo médico social asistencial para que sea sometido al tratamiento adecuado y se preocupe de solucionarle los problemas de cualquier índole que pudiera planteársele.

READAPTACION MEDICO - SOCIAL

Cuando un enfermo descubierto por el examen periódico, sufriera disminución o pérdida de su actividad de trabajo, la obra médico-asistente y social deberá tomar a su cargo la resolución de los problemas sobrevinientes. Igualmente los organismos de readaptación médico-social deberán tener una sección especialmente encargada de seguir el control y asistencia de los enfermos que puedan beneficiar de dicha obra y que hayan sido descubiertos en el examen preventivo.

BASES DE LA ACCION DE LA MEDICINA PREVENTIVA EN LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DE LA NACION

Vamos a sintetizar en un cuadro los aspectos que en este orden nos tocará desarrollar:

A) Dependientes directamente de la Secretaría de Salud Pública de la Nación y financiado por el presupuesto de la misma.

- Centros de Catastro Sanitario destinados a la edad escolar.
- Centros de Catastro Sanitario destinados a la enseñanza secundaria.
- Centros de Catastro Sanitario destinados a los adolescentes y a la Universidad.
- Centros de Catastro Sanitario instalados en cada hospital de la Asistencia Pública de la Municipalidad de Buenos Aires.
- Centros de Catastro Sanitario instalados en cada dependencia de la Sociedad de Beneficencia de la Capital.
- Centros de Catastro Sanitario instalados en cada hospital subsidiado por la Nación.
- Centros de Catastro Sanitario a instalarse en cada dependencia de la Secretaría de Salud Pública.

B) Dependientes de la Comisión Mixta de aplicación del Decreto Ley de Medicina Preventiva y Curativa y financiados por el Instituto Nacional de Previsión Social.

- Centros de Catastro Sanitario para la profilaxis de la invalidez en los medios obreros, en cumplimiento del Decreto-Ley de Medicina Preventiva y Curativa.
- Centro de Asistencia materno-infantiles dependientes de la Ley de Maternidad del Instituto Nacional de Previsión Social.
- Centros de Asistencia dependientes de la ley de Accidentes de Trabajo para profilaxis y tratamiento integral de los accidentados.

NUCLEOS PROPIOS DE LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA

La Secretaría de Salud Pública, cuenta en la actualidad con numerosos establecimientos asistenciales que, aunque la mayor parte no llenan todas las condiciones necesarias para efectuar los exámenes de medicina preventiva, pueden ser fácilmente adaptados para este fin; entre ellos tenemos:

1.º LUCHA ANTITUBERCULOSA:

Los dispensarios antituberculosos pueden ser utilizados en las horas en que no funcionan habitualmente en sus tareas propias, dedicándolos en lo posible para los exámenes de adultos. Algunos de ellos cuentan con la mayoría de los elementos necesarios para la Medicina Preventiva, pero será necesario unificar los equipos de radiofotografía, siendo los más aconsejables actualmente los de 70 milímetros, por ser a la vez económicos y más sencillos que los de 35 milímetros en la interpretación de la película radiográfica. En otros será también necesario reforzar sus laboratorios de análisis. Se sobreentiende que en estas funciones de Medicina Preventiva trabajarán equipos médicos con sus ayudantes técnicos, en forma completamente independiente del personal de esos establecimientos. Los sospechados de padecer alguna afección pulmonar concurrirán a estos dispensarios en una hora especial dentro de su horario habitual, a fin de practicar los exámenes complementarios necesarios para llegar a un diagnóstico exacto. Ratificado el diagnóstico de tuberculosis, el dispensario como función propia citará a los familiares y convivientes del enfermo, efectuando el catastro de los mismos para investigar la presencia de otros enfermos. En caso afirmativo enviará los datos correspondientes a la Central de Medicina Preventiva, para la anotación en la ficha Sanitaria, que será iniciada en tal ocasión si aun no la tuviera.

En esta forma quedan bien deslindadas las funciones de los Centros de Medicina Preventiva y las de los Dispensarios Antituberculosos. En el primero, se efectuarán los exámenes de salud de la población y en los segundos, el examen complementario de las personas enviadas por Medicina Preventiva y en caso de enfermedad pulmonar extendiendo la pesquisa a todos los expuestos al contagio.

2.° CONTROL DEL ESCOLAR:

Los niños en la edad escolar deben ser sometidos a examen médico anualmente. Mientras la Secretaría de Salud Pública de la Nación no cuente con los edificios propios adecuados y exclusivamente dedicados al examen de los niños, como ocurre en la actualidad, los mismos deberán ser revisados en su propio ambiente, es decir, en la escuela.

El niño en ninguna forma debe concurrir para este examen a establecimientos asistenciales, cualquiera que sea su clase, por la resistencia que provoca en el ambiente familiar llevar al niño sano a un dispensario antituberculoso o a un hospital. La Central de Medicina Preventiva organizará los exámenes periódicos que se realizarán durante el curso del año escolar, enviando sus equipos técnicos completos a todas las escuelas y organizando, en la más adecuada de cada consejo escolar, el Centro de Catastro radiográfico, en el cual serán radiofotografiados los niños correspondientes. En las zonas suburbanas los equipos motorizados de radio-fotografía recorrerán escuela por escuela. Esta misma organización regirá en todo el país, utilizándose en las zonas más alejadas el tren sanitario y los equipos motorizados. Entre tanto la Secretaría de Salud Pública no cuente con suficientes equipos motorizados, se solicitará el concurso del Ministerio de Guerra para utilizar sus equipos en algunas regiones del país, que usarán los técnicos de Salud Pública.

Otros detalles sobre el examen de salud de los escolares y el control correspondiente, son desarrollados en el Capítulo de Protección a la Infancia, Higiene y Medicina Escolar, y en la Sección de Medicina Preventiva.

Conviene recalcar asimismo que los escolares sospechosos de padecer enfermedades serán sometidos a exámenes especializados con el fin de llegar a un diagnóstico exacto y enviarlos a los Centros Asistenciales correspondientes para su tratamiento. Medicina Preventiva controlará, con la cooperación de los Centros Asistenciales, si los tratamientos indicados se efectúan regularmente.

3.° CENTROS MATERNO-INFANTILES:

Estos establecimientos serán de suma utilidad en el reconocimiento médico periódico de los niños, desde la época del nacimiento.

Estos centros, en su mayoría, no cuentan con equipos radiofotográficos, por lo cual será necesario proveerlos de ellos y refor-

zar sus laboratorios. Igualmente que en los dispensarios antituberculosos citados anteriormente, se efectuarán los exámenes de salud en horas que no perturben su habitual funcionamiento y con su equipo técnico propio. Al ser hecha la denuncia del nacimiento de un niño el Registro Civil entregará la correspondiente «Libreta Sanitaria» para que sea llenada la parte relacionada con el parto y el niño recién nacido, a quien se iniciará la «Ficha Sanitaria». Esta labor deberá ser cumplida por los médicos de las Maternidades públicas y privadas, así como por los médicos o parteras que hubieran intervenido privadamente. El Registro Civil comunicará a la Sección de Medicina Preventiva local, el nombre y apellido, domicilio y número de «Libreta Sanitaria» del recién nacido, con el fin de que posteriormente pueda ser citado para efectuar los exámenes periódicos.

4.º DISPENSARIOS NACIONALES:

En los dispensarios nacionales polivalentes, cardiológicos, de vías digestivas, etc., se organizarán los exámenes de salud con las mismas normas que en los Dispensarios Antituberculosos y dotándolos de los mismos elementos de trabajo y equipos técnicos.

5.º CENTROS ANTIVENÉREOS:

Los locales de estos establecimientos serán utilizados en la misma forma que los Dispensarios Antituberculosos y nacionales y en ellos se efectuarán los exámenes complementarios de la especialidad, en los casos que así se requiriese.

COORDINACION DE LAS OBRAS PREVENTIVAS PRIVADAS

Las obras preventivas privadas merecerán una especial atención del Estado, el cual debe fomentarlas y prestarles todo su apoyo. Los resultados serán tanto mejores, cuanto mayor sea la colaboración de estos elementos. Por ello es necesaria la coordinación efectiva de la labor en todas las instituciones de profilaxis y asistencia de las enfermedades sociales e intentar obtener la mayor aportación privada.

Entre otras, la coordinación se hará con las siguientes instituciones privadas:

1.º ASISTENCIA SOCIAL AL CARDÍACO:

Esta meritoria obra de gran utilidad en la lucha contra las enfermedades cardiovasculares, prestará una eficiente colaboración a «Medicina Preventiva» al facilitar los datos clínicos y sociales de los enfermos que concurran a sus servicios, a fin de completar sus fichas sanitarias, base de los censos estadísticos. A su vez, Medicina Preventiva organizará el envío de enfermos cardíacos para su asistencia médico-social.

2.º LIGA CONTRA EL CÀNCER:

Las asociaciones como la «Liga contra el Cancer» y «Asociación Femenina de Ayuda al Canceroso» recibirán la ayuda del Estado, siempre que se demuestre la efectividad de su acción educativa, preventiva, asistencial y social. En este caso, se coordinará la acción privada con la oficial, al estilo de la organización con las instituciones de ayuda al cardíaco, liga contra la tuberculosis, etc.

3.º LIGA ARGENTINA CONTRA LA TUBERCULOSIS:

Esta institución desempeñará un importante papel colaborando con «Medicina Preventiva», en la siguiente forma:

a) Facilitando sus locales en las horas en que no funcionen habitualmente, para efectuar en ellos, con personal de la Secretaría de Salud Pública, los exámenes de Medicina Preventiva;

b) Efectuando los exámenes complementarios de supuestos tuberculosos, que le sean requeridos por Medicina Preventiva;

c) Extendiendo a los familiares y convivientes de estos enfermos el examen radiofotográfico;

d) Asistiendo en sus establecimientos a los tuberculosos enviados por «Medicina Preventiva»;

Es decir, que tendrá las mismas funciones y obligaciones que los Dispensarios Antituberculosos de la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

4.º LIGA DE HIGIENE MENTAL:

Està Institución, que desarrolla una amplia y eficiente acción en la asistencia médico-social de los enfermos mentales, prestará como las anteriores una valiosa colaboración en la acción de Medicina Preventiva.

Su obra será coordinada con la que desarrolla la Secretaría de Salud Pública y a sus servicios serán enviados para exámenes y tratamientos especializados las personas que los necesiten y que hayan sido descubiertas en los exámenes periódicos de salud.

Todas las instituciones privadas mencionadas, así como las otras que presten servicio médico-social preventivo o asistencial cuya cooperación sea necesaria, coordinarán con «Medicina Preventiva», la acción de difusión y educación sanitaria.

FORMACION DE TECNICOS

A los efectos de cumplir el programa de Medicina Preventiva, cuya expresión máxima son los exámenes periódicos de salud es decir, la pesquisa de la enfermedad inaparente o disimulada, es

necesario contar con equipos de médicos que dominen ,la semiología y la clínica médica y quirúrgica de las distintas edades de la vida. Para ello será necesario primero seleccionar los médicos y luego darles instrucciones precisas para la unificación del método de examen y de las expresiones diagnósticas. Los exámenes especializados deberán ser hechos por especialistas de los distintos aparatos: para corazón, cardiólogos; para pulmón, tisiólogos; etc.

Los auxiliares serán, en primer término, la visitadora de higiene, colaboradora inmediata en la confección de la ficha y la libreta sanitaria. Para la organización inicial, en caso que faltaren visitadoras diplomadas, se dará preferencia a maestras y, en último caso, a personas que posean buena letra y ortografía y hayan aprobado un examen de aptitud, después de haber seguido un curso especial.

Para la confección de la ficha sanitaria dactilografiada será indispensable formar equipos de mecanógrafos eficientes y que tengan nociones sobre terminología médica.

Para la ficha tabulada, sistema Hollerith, será necesario formar los equipos especializados, que estarán integrados por personal médico con total conocimiento de las tablas de clasificación de enfermedades y que dirigirán y controlarán la labor efectuada por los empleados, que deberán ser en lo posible peritos mercantiles o personal especializado, que demostrará previamente su idoneidad y que realizarán la codificación de la ficha dactilografiada, para luego volcarla a la ficha Hollerith.

Asimismo habrá que formar personal técnico en el manejo de los ficheros de los diversos centros y de la Central de Medicina Preventiva, en la cual habrá un equipo de médicos que tendrá la función de controlar la transcripción de los resultados de los exámenes ulteriores en la ficha.

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA DE LA CAPITAL

Se aprovecharán los locales de los establecimientos de esta institución para instalar en ellos Centros de Salud.

ASISTENCIA PUBLICA DE LA CAPITAL

En la Capital Federal los establecimientos asistenciales y dispensarios de esta Repartición serán, en razón de su número y calidad, los que proveerán de sedes para los Centros de Medicina Preventiva; así los dispensarios de lactantes e institutos de puericultura deberán ser utilizados para los exámenes de la infancia, desde el nacimiento hasta la edad escolar, en las horas en que no funcionan en su tarea propia.

CENTROS DE SALUD

Los Centros de Salud son organismos destinados al hombre aparentemente sano y cuya organización se basa en los siguientes principios fundamentales:

1) Examen médico periódico.
2) Educación sanitaria.
3) La profilaxis por el tratamiento.
4) La readaptación social.

El Centro de Salud tiene por objeto el mantenimiento de la salud y el bienestar de la población de una región determinada, investigando en las personas que se creen sanas o que tienen alguna alteración orgánica o funcional de apariencia banal, haciendo el diagnóstico exacto y recomendando y prestando la asistencia correspondiente, en el momento en que las enfermedades inaparentes aún no han causado perjuicios irreparables. Por consiguiente, el emplazamiento de estas instituciones estará condicionada a las necesidades de la población, teniendo en cuenta los caracteres dominantes de la morbilidad general.

Por el estudio médico sanitario de la zona, se determinará la amplitud y naturaleza de los servicios a establecer. El tipo ideal de Centro de Salud con las bases antedichas sería el que abarcase las siguientes actividades:

1) Exámenes periódicos de salud desde el nacimiento, extendidos a todas las edades.
2) Lucha contra las enfermedades sociales: dispensarios antituberculosos, antivenéreos, anticancerosos, antipalúdicos, antirreumáticos, etc. Control de enfermedades contagiosas y de enfermedades profesionales.
3) Servicio de especialidades: higiene mental, odontología, laboratorios, electrocardiografía, rayos X, etc.
4) Servicios anexos: Gota de Leche, desinfección, etc.
5) Higiene general: vigilancia sanitaria de la vivienda, de la leche y materias alimenticias; inspección de establecimientos industriales, etc.
6) Servicio de propaganda y estadística: museo de higiene, conferencias, cursos de economía doméstica, demografía local, etc.
7) Dispensario Social: orientación de los necesitados, fichero local central, laboratorio de psicotécnica y orientación profesional, readaptación médico social, etc.

Este Centro de Salud polivalente ideal, que ha tenido tanta aceptación en los Estados Unidos y en Europa, deberá implantarse, de acuerdo a lo dicho anteriormente, como unidad de avanzada sanitaria en las poblaciones de hasta 25.000 habitantes o en los centros de influencia de varias poblaciones vecinas que sumen dicha cifra de habitantes, construyendo para ello edificios ad-hoc.

En las ciudades o poblaciones que cuenten con establecimientos hospitalarios, los Centros de Salud serán instalados en los mismos, siempre que los edificios reúnan las condiciones indispensables para su funcionamiento.

Dentro del perímetro de los hospitales adecuados por su ubicación, se construirán edificios especiales dedicados a Centros de Salud, con entradas independientes a la calle, previéndose en las futuras construcciones hospitalarias secciones adecuadas a tal fin.

CUERPO MEDICO ESCOLAR

Del Cuerpo Médico Escolar del Consejo Nacional de Educación, incorporado a la Secretaría de Salud Pública como ordena el Estatuto, se seleccionarán los profesionales que prestarán servicios en los exámenes periódicos de los niños pertenecientes a la enseñanza primaria y secundaria.

INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

Podemos dividir en tres grandes grupos los problemas de carácter médico que plantea en estos momentos el *Instituto Nacional de Previsión Social*. Estos son: la *Traumatología Preventiva;* la *Asistencia Maternal*, la *Profilaxis de la Invalidez.*

TRAUMATOLOGIA PREVENTIVA

La Ley 9688 en el año 1915 dispone como únicas prestaciones en caso de accidentes o enfermedad profesional, el *subsidio* del traumatizado, que equivale a medio salario diario durante un año; la *indemnización* de la invalidez restante; un subsidio de entierro en caso de muerte. Las actuales prestaciones de asistencia médica al traumatizado que se hacen en algunos casos, lo son por cuenta directa de los patrones y sin que ningún principio de la ley lo disponga. Hay un movimiento de opinión dentro del *Instituto Nacional de Previsión Social,* auspiciada por los medios obreros y por personal técnico, que consiste en modificar por completo el texto de la ley, ampliando las prestaciones de la misma. En este momento el estudio en detalle lo hace la *Cámara Gremial* de dicho Instituto. Se agregaría a las prestaciones antedichas, todo lo referente al *primer auxilio;* la *asistencia médica* del traumatizado hasta su curación; la *rehabilitación profesional* del mismo, ya sea por medio de la provisión de prótesis adecuada, o la enseñanza de un oficio nuevo. Se agregaría a esto, otras prestaciones de carácter social, cuales son: la provisión de un *subsidio de invalidez,* mientras viva el traumatizado, y la pensión a la esposa e hijos en caso de muerte.

CENTROS DE TRAUMATOLOGIA. REFORMA DE LA LEY 9688

Definido en otra oportunidad lo que es un *Centro de Traumatología,* el alcance social de los mismos es el siguiente:

Los *Centros de Traumatología* son organismos de tratamiento destinados a prestar *asistencia integral* al accidentado. Se entiende por *asistencia integral* no tan sólo aquella destinada a reparar los efectos inmediatos de un traumatismo, sino la que se dirige a reorganizar la vida futura de trabajo del accidentado y que llega hasta la *reeducación profesional.* En este sentido es una obra de asistencia mixta, vale decir, *pública y social,* simultáneamente.

En el año 1935, el Dr. *Obarrio, director de la Asistencia Pública de Buenos Aires,* creó en el Hospital Rawson, en el servicio del Prof. Enrique Finochietto, el primer *Centro Municipal de Traumatología.* Varios otros organismos similares fueron creados después, y la tendencia actual en esta materia es la de amparar al traumatizado hasta el momento que consiga la restitución anatómica, funcional y social al mismo tiempo.

En los centros de traumatología es posible realizar un mejoramiento técnico del tratamiento, en razón de la experiencia especial que se adquiere, logrando por consiguiente, mejores resultados con el enfermo. Prueba de ello son las cifras publicadas por el Dr. Aristóbulo E. Barrionuevo, en una estadística sobre 1.490 casos atendidos en la Sección Traumatología de su clínica, en el período comprendido entre los años 1939 a 1941, donde se evidencia una disminución de las incapacidades totales y parciales de los accidentados, en comparación con otra anterior, publicada por el mismo autor, en enero de 1940. A continuación reproducimos el cuadro comparativo de las dos estadísticas mencionadas:

	Años 1937 - 39	1939 - 41
Total de accidentados	342	1.490
Término medio de incapacidad total ..	6,08 %	5,39 %
Otorgadas ...	20,46 %	14,45 %

Es de hacer notar que el mejoramiento de los resultados obtenidos se debe en parte a que se le concede gran importancia a la «Sección Fisioterapia» y a la creación de una «Sección de *Ejercicios Físicos*» (Kinesioterapia) para que la reeducación funcional se haga más rápidamente y con mayor control técnico.

De acuerdo con la última publicada en 1941, tenemos sobre un total de 1.000 accidentados, lo siguiente:

Tipo de Traumatismo	
Fractura simple	259
Fractura expuesta	30
Heridas	178
Contusiones diversas	110
Traumatismos múltiples	95
Procesos infecciosos	78
Esguinces	78

Afecciones ortopédicas	41
Traumas múltiples	29
Afecciones del menisco	33
Luxaciones simples	23
Lesiones musculares	25
Parálisis traumáticas	12
Luxación y fractura	9
TOTAL ...	1.000

Como vemos, las *fracturas*, sean simples o expuestas, representan la mayor proporción de casos de accidentes, dando un total de 289 por 1.000, cifra muy superior a las *heridas* simples, a las *contusiones* varias y a todos los otros traumatismos que se señalan. Casi puede decirse que de *cada tres accidentes, uno es por fractura.* De entre los accidentes más frecuentes, en particular tenemos las *heridas de la piel,* que dan 178 casos por cada 1.000 accidentes; las *contusiones* varias 110; los *procesos infecciosos* de la piel 78.

La importancia del tratamiento de los traumatismos se comprende cuando se sabe que ellos comprometen la salud y aún la vida del enfermo mismo y en todos los casos su capacidad de trabajo. En el estudio de los accidentes de trabajo se ha señalado la importancia en estadística que éstos tienen para la salud obrera. En el estudio del urbanismo se ha señalado también la importancia que los accidentes tienen en la vida cívica de nuestra urbe. El coeficiente de *mortalidad por accidentes* era para Alemania en 1922, de 9 de cada 10.000 habitantes, siendo en las distintas edades, de esta manera: (Teleky L. Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, tomo VI, pág. 271).

De 0 a 1 año	3,4
» 1 » 7 años	3,1
» 15 » 30 »	3,5
» 30 » 60 »	4,1
» 60 » 70 »	5,7
Arriba de 70 años	9,5
Promedio total	9,0

El aumento del tráfico y del comercio y especialmente de las actividades industriales, así como el aumento del tráfico ligero en las ciudades, ha determinado en los últimos tiempos un aumento progresivo en la cantidad de accidentes.

Puede decirse, desde el punto de vista histórico, que la asistencia a los traumatizados ha sido la primera en organizarse en todos los tiempos. Sin duda ha existido como un carácter espontáneo e individual aún en las organizaciones más primitivas; de más está decir que los perfeccionamientos técnicos han permitido, tanto en la gue-

rra como en la vida cívica, organizar cada vez mejor estos servicios hechos por razones simples de humanidad.

Es recién en los últimos 30 años que esta organización adquiere carácter nuevo. Se eleva de una simple *función sanitaria* a una función de *asistencia social* en cuanto tiende no tan sólo a hacer la profilaxis de estos accidentes, sino también a buscar la *recuperación funcional* del traumatizado y aun su *reeducación profesional.* La reorganización de la lucha contra los accidentes de trabajo en los cuales se tiene por punto especial de mira evitar la invalidez consecuente al traumatismo, va a permitir organizar cada vez mejor los *institutos para traumatismos,* dada la importancia estadística y económica de los mismos. Muchas han sido las reuniones médicas que en el pasado se han hecho tomando por punto de vista este capítulo médico. El 31 de diciembre de 1901, el *Ministro de Sanidad de Alemania* crea el *Comité Central* para la asistencia a los accidentados para la provincia de Prusia. El objeto de este comité era el control en los distintos municipios de los sistemas asistenciales de urgencia para accidentados. En el año 1930 se reunió en Viena el *Segundo Congreso de Asistencia a los Accidentados Profesionales y Civiles.* Y en el año 1936 se reunió en Amsterdam el Tercer Congreso de la misma materia.

El problema más importante de los últimos tiempos, ligado al factor *primer auxilio,* de los accidentes, es lo que se refiere al transporte de los accidentados. Es evidente que cuando las ciudades no contaban con caminos pavimentados en todos sus barrios, era indispensable colocar en los mismos, estaciones de primeros auxilios destinadas a llegar cuanto antes al lado de un accidentado. Su transporte ulterior a un hospital adecuado podía hacerse una vez llenados los cuidados de la primera cura. Con la pavimentación de todos los barrios principales de las ciudades, ya el primer auxilio se simplifica en cuanto los medios de transporte rápido permiten acercar los puntos más extremos de los mismos. Quedaba siempre el transporte de los enfermos de las *zonas rurales apartadas* por los malos caminos en los cuales las vías de comunicación fueran escasas o inadecuadas. Para estos casos, en los últimos tiempos, la *aviación sanitaria* viene a llenar todo un nuevo papel. Este servicio, sea público o privado, ya está bien organizado en la mayoría de los países y especialmente la sanidad militar lo cuenta para las atenciones de urgencia en caso de guerra. Tanto o más importante que esto, es la asistencia a estos accidentados en la vida civil diaria. Las guerras son accidentes en la vida de los pueblos, mientras que solamente por muertes violentas se calcula que en Estados Unidos mueren anualmente 180.000 personas.

La *Aviación Sanitaria* debe contar con todos los implementos técnicos, incluso para efectuar pequeñas intervenciones de urgencia. Ha mostrado últimamente su eficacia en la catástrofe por terre-

moto producida en el año 1939, en el sur de Chile, en el cual, rotas las vías ferroviarias y las grandes rutas camineras, únicamente fué posible llegar de una manera rápida con el auxilio, gracias a la aviación sanitaria, mandada desde Santiago de Chile.

No entraremos a detallar los elementos técnicos e instrumental con que estas estaciones de primeros auxilios (e incluso la aviación sanitaria) deben contar para efectuar un auxilio eficiente. Los libros de la especialidad dedicados a la *medicina de urgencia* señalan en cada caso el instrumental y medios necesarios para llenar este servicio. La *Cruz Roja* se ha especializado en todas partes del mundo en la organización contra las grandes catástrofes, tales como terremotos, inundaciones, etc. Solamente en Prusia, la *Cruz Roja* reunía en Berlín, en el año 1926, a 300 *Ligas de Asistencia,* las cuales habían creado 1.045 *colonias sanitarias,* sostenidas por 34.753 socios. Estos puestos sanitarios atendieron en un año solamente 12.839 casos de accidentes, enfermedades, transportes, desinfección, etc., y 202.916 veces prestaron una ayuda en carácter de curaciones, etc.

MATERNIDAD, REFORMA DE LA LEY DE MATERNIDAD

La reforma del Seguro de Maternidad está también en estos momentos a consideración del Parlamento, y obran varios anteproyectos de ley, especialmente uno prohijado dentro del *Instituto Nacional de Previsión Social,* que lleva la firma de la *Comisión Mixta* de aplicación del *Decreto-Ley de Medicina Preventiva y Curativa.* Con dicha reforma se extiende el campo de aplicación de las mujeres aseguradas, a todas las esposas de los trabajadores afiliados al Instituto Nacional de Previsión Social. El sólo hecho de esta reforma implica un alcance tan extraordinario, que podemos señalarlo como un verdadero acontecimiento para la higiene pública de nuestro país. Con los recursos de que se dispongan, al aumentar apenas los aportes de los afiliados a las cajas, podrá llenarse el país de *Institutos de Maternidad* en los cuales se contemplen, no tan sólo el aspecto ginecológico, sino también la parte maternal y la asistencia al recién nacido y a la primera infancia.

Importa también la reforma que se prohija en el sentido de dar un *subsidio especial* para las madres que se sometan a un examen ginecológico y obstétrico al tercer o cuarto mes del embarazo, a objeto de despistar tempranamente las distocias y transtornos que puedan presentarse.

¿Qué valor tiene el tratamiento durante el embarazo, a los efectos de la heredoespecificidad? Parecería que «a priori» pudiera afirmarse como absoluto y total; pero eso no es exacto. Desgraciadamente, todo el entusiasmo de un tratamiento pre-natal se estrella contra el hecho de que este tratamiento no asegura en todos los casos la esterilización del recién nacido.

Dos estadísticas tan sólo se encargarán de probarlo:

En el trabajo de Boas y Gammelthoft, de 1922, se encuentra: que sobre 158 madres sifilíticas no tratadas, hay 157 hijos sifilíticos y uno sano. De 102 mujeres tratadas antes de la gravidez (puericultura preconcepcional) hay 90 sifilíticos y 12 sanos. De 190 tratadas durante la gravidez, nacen 99 sifilíticos y 91 sanos. Y de 33 madres tratadas antes y durante la gravidez, hay 8 sifilíticos y 25 sanos. La otra estadística hecha por Williams en EE. UU., en 1920, nos informa lo siguiente: 157 mujeres no tratadas, dan un 52% de hijos luéticos; 103 mal tratadas dan 37% de luéticos, y 163 mujeres bien tratadas, dan un 7,4% de sifilíticos.

La puericultura prenatal no asegura la esterilización sifilítica del hijo, pero puede llevar por vía educativa a la puericultura preconcepcional para embarazos futuros, donde las probabilidades de esterilización se aumentan a más del 90%. Se ha dicho que por lo reductible, la sífilis puede desaparecer del mundo; pero, no creando ella una esterilización y alcanzando sus efectos hasta la tercera generación, se comprende que sólo un dispositivo sanitario cerrado podrá ser capaz de que a lo menos ella deje de ser contagiosa. Si en la sífilis, en su importancia individual, el tratamiento influye algunas veces poco, en cambio el tratamiento tiene importancia social, porque a poco que éste se inicie, la enfermedad deja de ser contagiosa. El tratamiento hay que hacerlo, pues, intensivamente, con vistas no sólo hacia los enfermos, sino hacia los sanos.

Es importante hacer notar que la enfermedad que pudo pasar oculta en la embarazada, en la placenta y al nacimiento mismo, puede evidenciar con algunos síntomas indubitables durante el primer año de vida del niño, en que la presencia de un bazo palpable puede ser la forma de un cuadro clínico oscuro, por ello es necesario la vigilancia y el tratamiento en las 10 primeras semanas de la lactancia.

Y no hablemos de la importancia de hacer puericultura preconcepcional y prenatal en un país como el nuestro, donde la finalidad social debe ser el de seguir una política pobladora y donde la sífilis, por el número de abortos, partos prematuros, degeneraciones, invalideces prematuras, etc., que ocasiona, podemos decir que es una de las calamidades sociales más grandes de nuestra hora.

Von Plaundler encuentra que sobre 100 embarazos de madres sifilíticas, 44 mueren en vida intrauterina y llegan 56 a término; y de éstos a su vez mueren en el primer año 23. De los 33 sobrevivientes, 10 mueren entre los 10 y 14 años; y los 23 restantes siguen el curso de su vida y sólo en 3 se les encuentra después en la adolescencia signos de sífilis. Es decir, que la raza humana tiene dentro de los infectados sifilíticamente un 77% de pérdidas antes que esos hijos alcancen los 20 años de edad. ¿Se comprende lo que significa para un país que debe seguir una política pobladora?

En defensa de la mortalidad del niño, importa también la sífilis del padre. Plaut encuentra en familias de tabéticos y paralíticos un 47% de niños muertos, y Schadert un 77%. Es decir, que la maternidad debe ser un centro puericultor y que en su alcance debe llegar hasta instalar en su mismo seno un *Dispensario Antisifilítico,* donde médicos especializados y con gusto para esta lucha, lleven al mismo hasta el esposo de la embarazada.

Hay, pues, que tomar la punta de este ovillo, que es la familia que la maternidad nos brinda, y de allí desenredar toda la madeja que aprisiona la vida de ese y otros hogares; y hay que poner para esta obra gente especializada, que aunque también sea sistematizada en su materia, tenga entusiasmo en resolver todos los problemas biológicos que la sífilis y los sifilíticos presentan.

La mortalidad de los heredosifilíticos dentro del primer año es para Leduc de un 72,2%; para Von Zeissl, el 80%; para Bunch, del 90%; Marcus, 90,2%, y Schleoss, del 80%. Es decir, que el 80% de los heredosifilíticos mueren dentro del primer año y de éstos, tres cuartas partes dentro de los primeros meses. La naturaleza hace, pues, una acción reparadora mejor que el hombre mismo y la eutanasia de los griegos tiene así hoy alguna justificación médica. Si una observación de lactancia se justifica así durante diez semanas para asegurar el pecho de la madre, para despistar los síntomas de la lúes oculta, no tiene menos importancia para atacar ese momento de la enfermedad, en que la espiroqueta tiene fuerte tendencia a hacer acciones degenerativas más que inflamatorias.

Y no hablemos nada de lo que estas degeneraciones significan: la idiotez, debilidad mental, epilepsia, etc., dentro de ese primer período de la vida, son sus consecuencias, y sabemos que toda detención evolutiva significa ya de por sí una invalidez para el resto de la vida.

Juegan en contra del tratamiento adecuado y prematuro dos causas dignas de señalarse. La primera es la ignorancia de la infección en la madre, pues las investigaciones de Finkener, Neugarten, Philipp y otros, dicen que en el 50% de las grávidas no habían síntomas clínicos de sífilis, empezando que la misma infección del padre actúa sobre el niño no directamente sino a través de la madre. La sífiles puede ser un descubrimiento ginecológico, serológico o anamnésico, pero en la mitad de los casos ella no molesta a la futura madre. No hay otra forma de encontrar las latencias sifilíticas que a través de las reacciones serológicas o de las manifestaciones ocultas de enfermedad, como las aortitis. Por otra parte, para el médico mismo, hacer una afirmación en este estado, de presuntas aortas o de Wassermann que se vuelven positivas, expone a su vez a todas las inseguridades que tiene la medicina cuando se «cuelga de un hilo», según la gráfica expresión de Potain.

La estandardización de las reacciones serológicas y su absoluta pulcritud técnica es sin duda un argumento más para justificar la necesidad de que sean técnicos especialistas los que figuren al frente de los dispensarios de eugenesia a crearse.

La maternidad es así, si se quiere, la excusa para despistar al sifilítico y llena en esto la acción de un verdadero dispensario.

A las reacciones serológicas y al examen clínico debe seguir un examen escrupuloso de la placenta y en especial un estudio microscópico de la misma, para buscar espiroquetas. Hay, pues, que tener un laboratorio adecuado y personal especializado para el caso.

El juego de reacciones serológicas que hoy se hacen (Wassermann, Meinicke, Kline, etc.), permite hacer afirmaciones concluyentes en varios casos. El examen de la sangre del cordón es también importante a los fines de certificar un diagnóstico.

Hay que hacer, pues, un fichero y un fichado de los casos observados, y en esto está la obra de la Visitadora de Higiene, que no debe faltar en tales dispensarios. Ella será la colaboradora del médico para las tareas médicas de menor cuantía y ella hará la vigilancia de los tratamientos; hará la educación de la familia y será de esta manera el lazo de unión entre la ciencia y el hogar. Se sabe que en Alemania, después de la ley de 1927, se impone el tratamiento por ley de los catalogados específicos, y mientras este poder no sea dado a la ciencia, éste tendrá que usar el arma de la persuación. Ya hoy en Austria se habla (y nuestro Plan Quinquenal de Salud Pública lo preconiza) de la denuncia obligatoria del embarazo, tal cual se hace del recién nacido, para que los preceptos de la puericultura prenatal se hagan efectivos. La maternidad es una función social más que un accidente del individuo; el recién nacido es un bien social y la madre es socialmente una máquina creadora de bienes sociales. Y desde el momento que la acción del Estado llega hoy hasta proteger la familia en todos sus aspectos, tiene a lo menos el Estado el derecho de exigir que por ignorancia, capricho o malevolencia no se produzcan seres humanos averiados desde el nacimiento.

La lucha contra la sífilis no es, pues, la visión de un momento, sino el empeño de un largo tiempo. Hay que tratarla primero con vistas a evitar su difusión, y segundo, con vistas a evitar lesiones alterativas o degenerativas. Los períodos inflamatorios de la sífilis, se sabe, tienen menos importancia por ser reductibles.

No puede negarse que nada hay de absoluto contra la esterilización de la heredosífilis, pero aunque de alcances limitados esa lucha, peor es quedarse de brazos cruzados.

Y mucho peor es combatirla en orden disperso, tal cual se hace aún en nuestro país, donde falta autoridad central capaz de coordinar la lucha en todos los frentes.

La sífilis debe hoy ser investigada en la embarazada con la misma constancia que se investiga la albúmina, costumbre ésta que felizmente se va generalizando y se ha hecho carne en la conciencia de nuestras mujeres. Para la sífilis habría sin duda que empezar a hacerla también dentro del ambiente médico.

El «pre-natal-care» y el «follow up system» es aplicado en los países de habla inglesa para atraer a la mujer antes y después del parto, y dice un higienista: «la mujer es así aprisionada en una red de angostas mallas». Y sin duda, puede llevarse esta acción más hasta el pueblo mismo, instalando en cada dispensario de puericultura un dispensario maternal al igual que los que a docenas tiene la ciudad de Viena desparramado por sus distintos barrios y casas colectivas, donde un obstetra y un sifilógrafo un par de veces por semana facilitan el examen de la embarazada, le enseñan los derechos que el municipio le reconoce como futuras madres y los deberes que biológicamente tienen para con la especie humana. Y estos dispensarios, al obligar a pensar a la madre sobre el futuro de su estado, hacen así prácticamente la verdadera puericultura, porque va a la raíz misma del ser: la pre-natal.

PROFILAXIS DE LA INVALIDEZ

PLANIFICACION DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA

El 15 de noviembre de 1944 fué dictado el decreto ley de Medicina Preventiva, que marcará una nueva época en la sanidad argentina y cuyos alcances médicos hemos de comentar para que desde ya, se le apliquen todas las energías destinadas a ver convertidos en realidad sus grandes propósitos.

La finalidad principal de esa ley, es hacer la profilaxis de las enfermedades crónicas e invalidizantes, y en este sentido enumera (artículo 2º.) la *tuberculosis*, las afecciones *cardiovasculares*, el *reumatismo*, la *lúes*, las *enfermedades profesionales* y del *trabajo*. Y agrega: «todas las enfermedades de tendencia crónica e invalidizantes», con lo cual podrán ampliarse sus prestaciones de una manera extraordinaria, desde que cualquiera afección (incluso las simples caries dentarias, que está probado que son capaces de abrir una puerta de entrada a la invalidez por enfermedad crónica), podrá entrar dentro de las prestaciones facultativas de este organismo. La *lepra* misma, y el *tracoma*, enfermedades ambas que invalidan por contagio, pueden desde ya ser incluídas dentro de las afecciones no enumeradas; y en el Norte y el Este argentino, nuestras endemias, tales como el *paludismo* y la *anquilostomiasis*, podrán también ser incluídas en esta lucha.

Como se ve, los alcances de la obra a realizar son en cierta manera ilimitados, desde que difícilmente no hay una sola enfermedad que no pueda ser puerta de entrada de una afección que

haga perder al obrero la *capacidad de trabajo,* que es, en último término, lo que la ley se propone evitar.

La ley obliga al «*reposo preventivo*», reduciendo en parte o suprimiendo del todo la jornada de trabajo, quedándole al obrero prohibido realizar los beneficios del subsidio. Durante seis meses tiene derecho a recibir el sueldo íntegro habitual, debiendo el patrón reservarle el puesto de trabajo que tenía u otro equivalente con el mismo sueldo. El tratamiento médico es compulsivo y a este efecto puede utilizar los servicios que le preste la institución o los que el mismo paciente quiera tomarse por su cuenta, dentro del criterio de la libre elección.

A los fines de seleccionar las personas que ya presenten en latencia una afección crónica que prepara su invalidez, toda la masa obrera afiliada a las cajas de *Previsión Social* deberá efectuar un examen médico periódico una vez al año, el cual será completo, con radiografía de pulmones, reacciones serológicas sanguíneas, y todos los elementos clínicos necesarios para detectar la existencia o el alcance de un mal.

Se creará así un *Fichero Central* en el cual constará el estado de salud de toda la población afiliada, de manera de tener el control constante de la masa de personas bajo su jurisdicción.

CAMPO DE APLICACION

Hasta el día que fué dictado el Decreto Ley que comentamos, eran 600.000 los obreros y empleados que existían afiliados a las 21 Cajas que corresponde el campo de nuestra previsión social. La extensión de los beneficios del seguro de invalidez a los *Empleados de Comercio* (que comprende también una gran parte de la masa obrera que no elabora materia prima), permite incorporar 1.400.000 más afiliados que se cobijarán dentro de los beneficios de la *Ley de Medicina Preventiva.* La Jubilación de Obreros Industriales eleva a 2.600.000 la masa afiliada hoy, al Instituto Nacional de Previsión Social.

Si tomamos en cuenta que el promedio de la familia argentina es de tres hijos por matrimonio obrero, quiere decir que ya en nuestro país están amparados por un *Seguro Social,* seis millones de la población más humilde de la República, lo cual equivale sin duda al 50% de la masa obrera argentina, y lo cual representa al 40% de la masa total de la República. Teniendo en todos los países de gran legislación la *Previsión Social* el 70% de la masa obrera y el 40% de la población total, quiere decir que nos hemos aproximado a un punto en que el campo de aplicación se extiende en todos los beneficios, y no poco significa para la pobreza tener amparada la vejez, la invalidez, la viudez y la orfandad.

Por una iniciativa feliz se le ha agregado a estas cajas la facultad de dar préstamos para edificación, y en los veinte años que

lleva de trabajo en ese sentido la *Caja Ferroviaria* (ley 10.650) ya ha dispensado no menos de 20.000 préstamos para viviendas, y de los cuales en la fecha 13.000 continúan en vigencia como préstamo hipotecario. Qui re decir que antes de quince años, podrá contar con casas obreras hechas por los beneficiados de esta legislación, esfuerzo éste superior al que pueden realizar toda la obra de los gobiernos que siempre se estrellan con un montón de dificultades cuando interviene directamente en la solución de estos problemas.

Si señalo este hecho no es tan sólo para poner en evidencia cómo tendrá solución un grave problema social argentino, sino también por la relación directa que la buena vivienda tiene en la salud obrera. El concepto del «microclima» fundamental en la profilaxis de los reumatismos, ha sido especialmente señalado por los médicos soviéticos después de la construcción de viviendas en gran escala que ha sido hecha en la nueva Rusia. Por donde se cumple en higiene siempre el *Teorema de Hazen,* cuando dice «que los beneficios de una ley higiénica se extiende más allá de los alcances de la ley misma».

Si bien es cierto que la ley de *Medicina Preventiva* no extiende sus beneficios de profilaxis a las familias de los afiliados, la misma evolución han llevado las leyes de otros países, empezando por el *Seguro de Enfermedad de Alemania,* el que una vez montada la máquina médica, con un pequeño aporte más se ha comprendido a todos los familiares en primer grado, pues se sabe, que toda la obra asistencial tiene un *costo básico* ineludible y un *costo de adición* mínimo. Instalar un hospital de 750 camas obliga poner un director, un administrador, un personal de administración, cocina, lavadero, rayos X, etc. Se puede duplicar la capacidad en camas de este hospital sin que haya que duplicar la maquinaria técnica o administrativa. Y lo que originalmente era un costo de $ 5.000 por cama instalada, al precio de $ 500 cada nueva cama, se puede duplicar la capacidad total del hospital.

Este concepto que tendrá que ser muy tenido en cuenta al planearse los servicios de la *Ley de Medicina Preventiva,* desde que la capacidad de los dispensarios y hospitales a crearse deberán duplicarse por lo menos, en el término de 15 años, y sólo podrá hacerse si desde ya se le busca una solución a ese problema del mañana.

Como vemos, el campo de aplicación podrá extenderse en forma fantástica si el crédito que den los servicios a crearse permiten desde el primer momento justificar lo grandioso de la obra. De allí que todo fracaso en su primer planeamiento será de efectos desastrosos porque hará perder la fe en la obra y ella no nos puede faltar a los que hemos apreciado la importancia que este tipo de organización tiene para países como Alemania, que han sido ejemplos en la materia.

SEGURO DE PROFILAXIS

En el planeamiento de estos servicios no se podrá tomar los coeficientes europeos porque la ley de *Medicina Preventiva* es de naturaleza especial. Es importante señalar este hecho para evitar un planeamiento en cálculos erróneos y mal equiparados.

En los países de previsión integral son dos los mecanismos que manipulan la enfermedad: a) *El seguro de la enfermedad* en primer término, que toma a un enfermo y lo trata mientras esté enfermo, y deja su atención cuando el paciente cobra el *Subsidio de Invalidez,* al quedar incapacitado para el trabajo.

En Alemania, un 20% de los inválidos ya jubilados eran reintegrados al trabajo, contra el 2% que tenemos en nuestro país.

Nuestra ley de *Medicina Preventiva* ha sido inspirada en la Ley Chilena de 1937. Llama la atención que teniendo el país hermano el *Seguro de Enfermedad* y el *Seguro de Invalidez* establecido desde 1934, hayan dictado esta ley que llamaron de *Seguro de Profilaxis* y que en rigor de verdad debería llamarse *Seguro de Salud* (equivalente al «*Health Insurance,* nombre con que los ingleses denominan al conocido como *Seguro de Enfermedad*».

Por vía Chile nuestro país ha venido a redescubrir la Medicina Preventiva, y la Ley del 15 de noviembre de 1944 nos permitirá adelantar en un par de años los diez que llevamos de atraso con relación a la República hermana.

La clarividencia del legislador chileno le ha permitido dictar la primera ley del mundo en la materia, es decir, la de hacer de la *profilaxis de la invalidez* un seguro específico y especial. Para nuestro país ese ejemplo es aleccionador, porque nunca hubiéramos hecho un cuerpo independiente de la profilaxis, sino, a estar a los primeros impulsos proyectados oficialmente por el gobierno para la *Caja Ferroviaria* en 1934 (y discutida en la reforma parlamentaria de la ley 10.650 en las Cámaras de aquel año), simplemente se hubiera facultado a cada caja a crear su propio organismo de profilaxis, con lo cual se hubiera resentido la unidad de acción que ahora va a tener.

No habiendo un seguro de enfermedad que ampare al paciente durante el primer tiempo de su mal, nuestra *Ley de Medicina Preventiva* será por imperio de los hechos un verdadero *Seguro de Enfermedad,* aunque parcial y específico, por lo cual, los coeficientes dados para las *Cajas de Invalidez* de Europa no podrán ser aplicados en nuestro país.

Sin entrar en otras especificaciones, hemos de señalar (sobre la base de las encuestas médicas hechas en nuestro país), cuántos serán los enfermos en potencia que tendrá que tratar y cuáles los renglones más interesantes de esá maquinaria médica que habrá que montar.

ALCANCES MEDICOS DE LA LEY DE MEDICINA PREVENTIVA

En los primeros cinco años podemos calcular en 2.600.000 la población afiliada para la cual habrá que montar la máquina sanitaria profiláctica. La atención a dispensarse deberá ser la siguiente:

Cardiopatías puras (2%)	72.000	afiliados
Reumatismo (6%)	182.000	,,
Tuberculosis activa (1%)	36.000	,,
Tuberculosis radiológica (1%)	36.000	,,
Bronquitis crónica (1,4%)	50.000	,,
Hipertensión esencial (1,3%)	46.000	,,
Obesidad (1,4%)	50.000	,,
Nefritis parenquimatosa (0,76%)	27.000	,,
Sífilis nerviosa (0,46%)	16.500	,,
Nefroesclerosis (0,46%)	16.500	,,
Diabetes (0,33%)	12.000	,,
Afecciones gastro-intestinales (0,23%)	11.000	,,
Alcoholismo (0,23%)	8.000	,,
Otras enfermedades (1,3%)	46.000	,,
Total	611.000	afiliados

Por la estadística arriba transcripta, deberá ser atendido el 17% de los afiliados, tasa ésta que está dentro del promedio de las que tienen en materias semejantes otras leyes del mundo.

Siendo la *mortalidad tuberculosa* en la masa obrera de 15 por 10 mil, obligará a instalar de inmediato 5.400 camas de tipo sanatorial. Para *crónicos y convalecientes* se tendrá que disponer de una cama por mil de población afiliada, lo cual equivale a 2.600 en total. Y al sólo efecto de prevenir con el tratamiento la invalidez, se necesitarán dos camas por cada mil de población, lo cual equivale a 5.200 camas. En total, habrá que instalar 13.000 camas en establecimientos de tipo sanatorial y hospitalario, lo cual va a demandar un costo de instalación de $ 100.000.000.-

El costo de la hospitalización representará al año $ 22.000.000, que agregados a los gastos de amortización de edificio y utilaje médico, que serán de $ 4.000.000 al año, representará un costo anual en cifras redondas de $ 26.000.000.

Esto será tan sólo para los costos de hospitalización.

Quedan aún los gastos de instalación de dispensarios y consultorios que habrá que distribuir en toda la República. Tratándose de población aguda, puede decirse que una cama de hospital es ocupada diez veces al año; pero tratándose de afecciones de tipo crónico, el promedio de 4 veces al año de ocupación es lo común, con lo cual podemos decir que tendremos 52.000 enfermos internados al año. Ahora, el cuidado abierto, siempre atiende en este sentido

cinco veces más enfermos verticales que horizontales, y que en nuestro caso tendrá que ser mayor para alcanzar el total antes transcripto, lo que equivale a decir que tendremos 260.000 personas que atender en cuidado ambulatorio.

A esta cifra hay que agregar el examen anual de 2.600.000 afiliados, con un número igual de radiografías, análisis de orina, de sangre, etc. De modo que la cifra de gastos calculada como inversión hospitalaria tendrá que duplicarse; un cálculo somero indica que se necesitarán $ 60.000.000 al año para financiar la ley de Medicina Preventiva.

Esta suma representa alrededor del 5% del total de entradas de las cajas, cálculo éste que es, dentro de la materia, el más pequeño del mundo, desde que ya en 1933, tomando las cajas de Alemania, variaban en ellas entre el 5 y el 12 % las sumas dispuestas para profilaxis.

La lectura de estos hechos permite entrever desde ya lo grandioso que significa para la sanidad el poner en marcha esta ley y la gran responsabilidad que toman los autores de la misma si un tal organismo no saliera de entrada bien concebido y planeado, no tan sólo en sus necesidades actuales, sino en sus grandes y trascendentales proyecciones.

MEDICO DE INDUSTRIA Y MEDICO DEL INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION SOCIAL

Ya ha sido aclarado más arriba, que la *Comisión Mixta de Medicina Preventiva y Curativa* destinada a aplicar el Decreto conocido, efectuará un examen anual de toda la población obrera afiliada al *Instituto Nacional de Previsión Social* a objeto de rastrear las enfermedades inaparentes que puedan haberse introducido durante el año. Es esta la labor de carácter general y de tipo central.

Cabe aquí la otra labor diaria que realizan los médicos industriales en su carácter de técnicos pagados por la industria misma. El pequeño ausentismo que produce diariamente la ausencia al trabajo por enfermedades menores, tendrá que quedar siempre bajo la vigilancia y el control de los médicos de fábrica, los cuales tienen en esto una tarea de carácter específico. Es posible que en la realización de esta tarea deba el médico de fábrica encontrarse frente a la iniciación de un proceso que, una vez identificado, obligará a pasar al obrero a la *Institución Central de Medicina Preventiva del Instituto Nacional de Previsión Social.* Caben aquí, pues, ambas actividades independientes aparentemente, pero ambas destinadas a un mismo fin: hacer la profilaxis de las enfermedades crónicas e invalidizantes portables en salud y para la cual cabe, al mismo tiempo, la cooperación de las industrias y de los poderes públicos.

LA ASISTENCIA ABIERTA DEL ENFERMO CRONICO, COMO PROFILAXIS DE LA INVALIDEZ

CONCEPTOS GENERALES

El planeamiento asistencial del *Decreto-Ley de Medicina Preventiva del 15 de noviembre de* 1944 plantea por primera vez en nuestro país el grave y costoso problema de la asistencia a los enfermos crónicos. Se trata de un régimen médico que se extenderá a la población afiliada al *Instituto Nacional de Previsión Social,* vale decir, a 2.800.000 personas, destinado al tratamiento compulsivo de las enfermedades crónicas que puedan determinar invalidez. Aplicando los índices más comunes, puede decirse que se encontrarán 30.000 tuberculosos, 60.000 cardiovasculares, 180.000 reumáticos, 42.000 bronquiales crónicos, etc. Pueden calcularse en 536.100 los afiliados que de una u otra manera tendrán que someterse a un tratamiento.

Dentro de ese conjunto heterogéneo de enfermos, hay por cierto, grupos que exigen tratamiento especial, por ejemplo: *los tuberculosos,* para los cuales ya se están arbitrando los medios asistenciales, cuya enunciación se deja de lado en esta referencia. Lo mismo podemos decir de *los mentales,* que muchos de los cuales se benefician con la internación en *Hospitales para Psicópatas,* institución ésta de la cual se carece en nuestro país y cuyas previsiones no han sido aún estudiadas en este régimen que consideramos.

El resto de los enfermos crónicos deberá ser atendido en una de estas dos formas:

1º. En *Consultorios Externos,* para los que puedan ambular.
2º. En *Internación Hospitalaria,* para los postrados.

El dilema es de hierro: la invalidez crece año tras año, y ya en nuestras Cajas de Jubilaciones, el 10 % de la población afiliada, figura como jubilada por invalidez prematura, lo que equivale decir, que antes de 10 años contaremos con 280.000 enfermos inválidos que cobrarán una pensión, y el monto de estos subsidios anuales llegará a una suma no menor de $ 500 millones.

Cualquier régimen asistencial que permita rehabilitar parte de esos inválidos, pagará con creces los esfuerzos médicos que se realicen. Un inválido ferroviario le cuesta a la Caja, (Ley 10.650), $ 11.000 si muere, y 32.000 si no muere.

Se calcula que para una adecuada atención de los crónicos se necesita contar con tres camas por cada 1.000 de población, de las cuales una le corresponde ya a la tuberculosis: eso indica que habrá que arbitrar 8.400 camas nuevas en el país. Dado el precio actual de construcción y amueblamiento, que oscila alrededor de $ 15.000 por cama, significa que habrá que invertir $ 126 millones como gasto de primer planeamiento. La hospitalización al año exigirá una inversión de $ 22 millones.

¿Hay posibilidad de organizar un régimen de asistencia que, sin perder su eficiencia, sea de menor costo? Creemos que sí.

Unas pocas cifras y unos conceptos fundamentales nos permitirán hacer una reflexión en esta materia.

Un enfermo crónico exige una larga internación, y se calcula que es de 259 días para un enfermo *mental;* 121 días para un *tuberculoso;* 222 días para un *crónico* en general; y 65 días para un *convaleciente.* Vale decir, que mientras una cama de hospital para agudos puede ser ocupada 14 veces al año, tratándose de enfermos crónicos, no llegan a dos los enfermos que pueden atenderse. Al precio de hospitalización actual, no menor de $ 7.- diarios, una cama cuesta al año $ 2.500. Calculándose que la amortización de un hospital se hace en 10 años, incluyendo dentro de ésta, tanto el edificio, como el instrumental, se impone agregar como gasto fijo, por cama, $ 1.500 al año, que sumados a los anteriores hacen que un enfermo internado durante todo el año, o mejor dicho, la hospitalidad de una cama, cueste $ 4.000, lo que equivale decir $ 11 diarios.

La asistencia de un enfermo internado representa un valor de $ 300 mensuales; imaginamos que cualquier médico, aun de la mejor categoría, aceptaría por esa suma tomar ese enfermo en su domicilio, y si bien aparentemente no ahorraríamos dinero, nos evitaríamos el gasto de inversión de $ 126 millones, que es una suma apreciable.

Pero un médico visitando a domicilio y dentro de un radio limitado y con un trabajo diario de tres horas, puede ver por lo menos, seis enfermos, lo cual representa un valor de trabajo mensual de $ 1.800. Esto siempre que el enfermo crónico necesitara ser visto diariamente; ya veremos que no es así. Con la mitad de esos $ 1.800 podríamos contar con buenos médicos para hacer esa asistencia en el cuidado abierto, y ahorrar así la otra mitad. Entiéndase que al hablar de enfermos crónicos en asistencia hospitalaria, no nos referimos por cierto a los crónicos internables en asilos, incurables, para los cuales ya sabemos que el gasto de internación y hospitalización es la tercera parte del antes asignado. No. Se trata de enfermos con tendencia a la cronicidad, recuperables, y a los cuales hay que atender asiduamente, tal cual pasa con los agudos.

El Problema Medico del Enfermo Cronico

Podemos decir que la asistencia al enfermo crónico es, por excelencia, el problema sanitario de esta hora, dados los cambios demográficos habidos. Si a principios del siglo, por cada 1.000 muertos, 500 eran crónicos, 336 agudos y 71 traumáticos, en nuestros días el primer grupo subió a 700 y el tercer grupo a 110, habiendo disminuído las muertes por enfermedades agudas a 170.

Esta es la consecuencia en especial de la caída de la morbilidad de las enfermedades infecto-contagiosas, y lo será más en adelante, a medida que la terapéutica o antibióticos siga mejorando. Asistimos a un aumento relativo de las enfermedades degenerativas, comprendiendo dentro de éstas, el cáncer, la diabetes, la arterioesclerosis, la miocardosis, las nefrosis, la hemorragia cerebral, la hipertensión arterial y, en general, los trastornos de nutrición. Podemos decir que estamos justamente en el momento histórico en que dos asistencias cambian su objeto: el *agudo*, que fué la preocupación preponderante de la medicina de ayer, y la del *crónico*, que entra dentro de la *Medicina Preventiva* de nuestros días. Reducida la *enfermedad aguda* a sus actuales fronteras, nos salen al paso las *enfermedades crónicas* e invalidizantes, como el problema higiénico esencial de esta hora.

Decimos problema «higiénico», porque *al hablar de la asistencia médica al crónico, lo hacemos con la vista puesta en su profilaxis*. Hacer que el hombre no pierda su «capacidad de trabajo», es para el crónico de tanta importancia como lo era para el agudo que no infectara el ambiente. Son dos problemas de asistencia con dos puntos de vista profilácticos distintos.

SERVICIO MEDICO Y SERVICIO SOCIAL

Debemos aclarar de entrada este hecho: que el cuidado médico domiciliario sólo es insuficiente como sistema de asistencia en gran cantidad de casos en los que se une a la invalidez parcial o total (postración en cama), la imposibilidad de obtener una ayuda familiar para la provisión de viviendas, preparación de alimentos, lavado de ropa, etc. Para estos casos se impone agregar a la prestación médica, una prestación social representada por lo que tenía Alemania desde 1891, en que la ciudad de Francfort incorpora por primera vez la *Mucama Social* (*Asistencia Domiciliaria*), elemento éste de tanta importancia que la casa Krupp, de Essen, tenía en 1931, 46 para el servicio de sus 30.000 empleados y sus familias. Como vemos, el problema de asistir en *cuidado abierto* al crónico plantea en algunos casos un aspecto médico y otro social.

Desde el punto de vista de la invalidez en los crónicos, se dividen éstos en 4 grupos:

1º. *Postrados* (Bedridden): con o sin ayuda familiar.
2º. *Semipostrados*: Idem.
3º. *Ambulables parciales*: pueden ayudarse a sí mismos.
4.º *Ambulables totales.*

Como vemos, los grupos tres y cuatro no necesitan *asistencia social*, salvo en las épocas de reagudizaciones, en que se convierten en el grupo *uno y dos*.

Estos problemas aun no se han presentado en nuestro país, porque la pobreza del sistema asistencial para los agudos redun-

daba en perjuicio del crónico, pues atenderlos era en cierta manera un lujo: por otra parte, la resignación del crónico permitía no dispensarle más cuidados que los que buenamente pudiera prestarle su familia. Por ello es que tan sólo contamos con 1.000 camas en todo el país para atender a los crónicos, y éstas fueron instaladas más con carácter de *asilo* que con el de *hospital.*

Aceptado que el *cuidado abierto* es a todas luces más económico y no discutiendo la ventaja de la internación, que la consideramos indispensable en algunos casos, todo planeamiento de este tipo va a chocar siempre con la incapacidad financiera de los poderes públicos para invertir las sumas necesarias para este tipo de enfermo, en el cual el hospital se convierte más en un hotel que en una casa de salud. Si la sensibilidad de los poderes públicos para atender a los agudos ha tenido que estar constantemente aguijoneada por la necesidad, no será lo mismo para el crónico, el cual se diluye dentro de la sociedad y *recién ahora se empieza a sentir el problema, cuando se advierte que el crónico cuesta dinero y carga con un sistema de jubilaciones costosas.* El agudo, por ser más ruidoso, es más sensible y más visible.

Por otro lado, la familia atiende sus enfermos agudos en la medida que sus alcances económicos lo permiten, y cede en internarlo, siempre con dolor, cuando balancea las ventajas que una buena asistencia hospitalaria le representan para salir del trance: cabe bien esto para los casos de cirugía, maternidad y algunas infecto-contagiosas.

En el crónico, los hechos son a la inversa: se cede su internación únicamente cuando hay imposibilidad material de atenderlos: de allí que al *hospital de crónicos* se le llamara siempre «hospicio», vale decir, sitio de alojamiento. El factor de índole emocional es distinto: el agudo es un impaciente que clama por su curación, y el crónico es un resignado con su mal, y sobrelleva sus dolencias casi sin queja y sin excitación.

Todo hace y está preparado para que el crónico espere y se beneficie de un sistema asistencial que le permita el máximum de libertad, dentro de un cuidado médico compatible con la mejor técnica. Si el cuidado hospitalario es por naturaleza el declive obligado del agudo, el cuidado abierto y domiciliario es y será, por ley natural, el plano hacia el cual se inclinará siempre la aisistencia del crónico. Todo el problema consiste en determinar *cuáles son las necesidades mínimas que deberán tenerse en cuenta en esta clase de planeamiento.*

ASISTENCIA DOMICILIARIA DEL CRONICO

El llamado *cuidado abierto* de los enfermos, con ser el más antiguo de la humanidad, recién se incorpora como un servicio público asistencial. En Estados Unidos se adhiere a esta idea en un movimiento iniciado por las instituciones de

asistencia a la infancia, y a éstas agentes del servicio familiar, se las llamaban «madres substitutas». Este término se ha modificado con el tiempo por encontrársele inadecuado, adoptándose en nuestros días el de *Asistentas Caseras* (house keeping aide), que señala claramente el tipo y límite de sus funciones.

En el servicio infantil éstas asistentas están destinadas a familias en las cuales la ausencia temporaria o permanente de las madres requiere una ayuda para el cuidado del hogar, evitando el desplazamiento del niño fuera del ambiente de familia. En otros casos, se trata de madres que se encuentran incapacitadas por enfermedad para el cuidado del hogar y de sus hijos.

Fué en 1933 que este cuidado abierto se extendió por obra del «Comitee on Supervised Housemaker Service», organizándose varias categorías de asistencia:

1º. *Servicio Completo*: Se realiza cuando la ausencia o incapacidad de la madre es permanente y por largo tiempo, y tiene por finalidad mantener la unidad familiar. La *Asistencia Domiciliaria* llena, no tan sólo las funciones de una ama de casa durante las horas que el padre está en el trabajo, sino mantiene también los sentimientos espirituales de una madre.

2º. *Servicio Interino*: Atiende especialmente aquellos casos en que la ausencia de la madre es por algunas horas en el día, sobre todo si ella debe realizar algún tratamiento médico en hospital y carece de familiares para el cuidado del hogar.

3º. *Servicio Expectante*: Es el que se dispone para hogares en que falta la madre repentinamente: su sola finalidad es la de mantener el vínculo familiar hasta tanto el *Servicio Social* determina la orientación a darle a la familia.

Dentro de esas y otras variantes, es como se inicia en EE. UU. en 1923, el llamado *Cuidado Familiar* y del cual derivan todas las experiencias que se han hecho posteriormente en otros terrenos y, en especial, en el de las enfermedades crónicas.

EL PACIENTE CRONICO

Se agrupan dentro de esta denominación a los fines de este trabajo, o el enfermo crónico propiamente dicho, o el *anciano incapacitado,* o una combinación de ambos.

La experiencia demuestra que cuando un enfermo crónico es atendido caritativamente por allegados o amigos, siempre se lo hace en forma incompetente o insuficiente. Pero si éste es trasladado a un hospital, tiende a permanecer más tiempo que el necesario, y al final, casi siempre debe ser internado en un asilo: los allegados suelen desligarse de su cuidado.

La *Asistencia Familiar* es para estos casos un servicio adecuado y económico: el paciente mismo prefiere la vida en familia más que su internación. Por ello, en 1939, el *Servicio Familiar para Pacientes Crónicos* del «Wellfare Council» de Nueva York, inicia una experiencia cuyo valor estadístico reproducimos.

Sobre un total de 2.508 pacientes, se atienden en su domicilio 2.156. De éstos, 1.809 (o sea el 84%) se trataba de un solo enfermo; entre 142 casos (o sea el 15%) había dos personas; y en 5 casos había tres personas en asistencia domiciliaria. Sobre el total de enfermos estudiados, el 82,3% eran mujeres, 17,7% eran hombres. Del total de 2.508, vivían solos 338; vivían en familia con un solo paciente, 1.471; con dos, 684, y con tres, 15 casos.

Prescindimos de dar la distribución por *grupos de edades* para evitar números no indispensables, pero en el examen de la curva de distribución por edades se encuentran dos *modos,* o picos, vale decir, uno, entre 35 y 44 años, y otro entre 65 y 74 años: ello refleja *dos* categorías de pacientes siendo unos los *inválidos jóvenes* por enfermedad, y otros los *inválidos viejos* o por senectud. El 80% de los pacientes crónicos tenían más de 65 años. Entre los pacientes jóvenes femeninos, la gran mayoría lo forman enfermas con artritis y cardiopatías, las cuales son inhabilitantes para realizar tareas caseras. En los casos de invalidez por enfermedad en la senectud, el problema médico y el problema social dificultan las soluciones.

El grupo de pacientes que sirvieron a esta experiencia eran personas cuyas entradas eran menores de $ 100 mensuales, en moneda argentina: diremos desde ya, que aun cuando la relación en el cambio del dólar a nuestra moneda es grande, en EE. UU. esa relación no tiene importancia, desde que el obrero gana en dólares y gasta en dólares. El 60,4 % del grupo investigado vivían de una u otra manera de la caridad de sus relaciones.

El *Servicio Familiar* (que, como dijimos, fué concebido en EE. UU. por las instituciones de caridad de protección a la infancia), se adoptó como un reemplazo de la madre enferma, y de allí que se le llamó a este servicio social «madre substituta». Al pasar este servicio al de los *enfermos crónicos,* se le conservó en cierta manera ese aspecto caritativo familiar, pero se llegó a la experiencia que un paciente solitario sin la ayuda de ningún íntimo familiar, no es el mejor caso para ser atendido en su domicilio, mientras que en un paciente que vive en un medio familiar, siempre los resultados de la ayuda social son más provechosos.

En la encuesta social hecha, se señala la importancia que el *factor vivienda* tiene como componente patogénico. Un cardiópata no debe vivir en pisos altos; un asmático debe fijar su residencia

en barrios donde haya poco polvo en sus alrededores; un excitado y nervioso debe vivir en barrios que carezcan de ruidos. Una discreta calefacción es indispensable para reumáticos, cardíacos, renales o hipertensos. Aun las comodidades de un «toilet» son indispensables para ciertos tipos de pacientes que viven solos y deben ser ayudados para sus más íntimas obligaciones.

Condiciones físicas. — A los fines del diagnóstico y de la terapéutica, se impone fijar en los crónicos tres grandes caracteres:

1º. El diagnóstico médico;
2º. El grado de invalidez;
3º. La capacidad del paciente para colaborar en su propia atención casera.

Como dice *Boas* «las enfermedades crónicas tienen en común « la duración de la enfermedad, los problemas ligados al cuidado « médico, y las consecuencias económicas y sociales que producen; « son insidiosas en sus comienzos y progresan lentamente; pue- « den detenerse, pero nunca hay una restitución completa; y en « cuanto al grado de invalidez va desde un estadío mínimo, o par- « cial, a una invalidez total».

Las enfermedades crónicas afectan todos los grupos de edades. En la gran investigación americana de 1935 se reveló que:

Menos de 15 años, eran el	7,9%
Entre 15 y 24 años, eran el	8,7%
Entre 25 y 44 años, eran el	35,1%
Entre 45 y 64 años, eran el	33 %
Entre 65 o más años, eran el	15,6%

Como vemos, el 70% de los casos ocurren en edades productivas por debajo de los 55 años. Más de una mitad de las personas permanentemente inválidas, y el 30% de los que mueren por *enfermedades crónicas,* tienen menos de 55 años de edad.

Podemos definir como *enfermedad crónica* a aquélla que no tiene tendencia espontánea a la curación.

Es común que una enfermedad crónica no invalide por una causa solamente, sino por dos o tres simultáneamente. Un *reumático crónico* puede ser inválido al mismo tiempo por su artritis y por su corazón. La *hipertensión* puede acompañar a un estado de esclerosis, o de ateroma aórtico; y es frecuente encontrar la *diabetes* en una artritis. *Sólo en el 33% de los inválidos por enfermedad crónica hay una sola causa que la produce.*

El diagnóstico funcional es el que marca el grado de invalidez. En el cuadro siguiente se señalan las causas más frecuentes de invalidez y la proporción de las mismas. En ella puede verse que el 38,7% de la invalidez es debida a *afecciones cardiovasculares,* y esta cifra sube al 42,5% tratándose de ancianos inválidos. Le sigue en importancia el *reumatismo* con un 17,66%: en los ancianos representa el 24%. En el 39% las cardiopatías aparecen

como causa principal de invalidez: de ellas, el 18% aparece combinada a otra enfermedad, vale decir, sobre 500 casos complicados, 253 lo son con artritis, 94 con diabetes y 102 con hemiplejía.

En 135 casos de *diabetes*, 18 tienen amputación de una o de las dos piernas, 17 se complicaban con cataratas, y en dos casos tenían ambas complicaciones.

Las *afecciones neurológicas* llenan el 9,4% del total de las causas de invalidez. El 4,2% tienen causas neurológicas puras; el 4,1% hemiplejía con afección cardiovascular, y el 1,1% hemiplejía pura. En 104 casos de neurológicos puros (4,2%) 33 eran de enfermedad de Parkinson, y 30 de esclerosis pura.

GRADO DE INVALIDEZ

Medir el grado de incapacidad para el trabajo es difícil: cada tipo de trabajo exige condiciones que si bien pueden ser válidas para ese caso en particular, pueden no serlo para otro tipo de ocupación. Una persona con visión monocular, por ejemplo, es inválida para tareas en que se exige la visión estereoscópica, pero en cambio no lo es para otros mil tipos de trabajo.

Los americanos dividen la invalidez en tres grandes grupos:

1º. Los postrados	17,8%
2º. Los que ambulan sin salir de la casa ..	31,1%
3º. Los que ambulan y callejean	32,0%
4º. No especificados	19,1%
	100,0%

PROPORCION DE ENFERMEDADES CRONICAS

(Sobre un total de 2.508 asistidos)

Hipertensión cardiovascular (o. o. a.) (1)	12,9%
Arterioesclerosis solamente	4,5%
Afecciones cardiovasculares (sin hipertensión ni arterioesclerosis sola ó c. o. a.	16,3%
Afecciones cardiovasculares con arterioesclerosis (sin hipertensión)	4,5%
Otras afecciones cardiovasculares	0,5%
Artritis (sola y c. o. a. que no sean cardiovasculares)	7,5%
Artritis con afecciones cardiovasculares	10,1%
Diabetes (sola y c. o. a. que no sean cardiovasculares) ...	1,6%
Diabetes con afecciones cardiovasculares e hipertensión ..	3,8%
Hemiplegía sola y c. o. a. que no sean cardiovasculares ..	1,1%
Hemiplegía con afecciones cardiovasculares	4,1%
Afecciones neurológicas	4,2%
Cáncer (solo y c. o. a.)	5,8%
Ceguera, cataratas bilaterales (sola y c. o. a.)	4,3%
Fracturas y entorsis antiguas	3,7%
Asma bronquial (sola o complicada)	3,2%
Tuberculosis (sola ó c. o. a.)	2,8%

(1) c. o. a.: con otras afecciones.

Afecciones tiroideas (sola o complicada)	1,2%
Afecciones de los órganos genitales (solas o complicadas)	1,7%
Afecciones gastrointestinales	1,1%
Debilidad general, neurosis	4,1%
Otras enfermedades	1,0%
	100,0%

Tratándose de mujeres, sobre un total de 2.063 casos tenemos:

35, 3 %	No pueden realizar ningún trabajo casero.
12, 2 %	Pueden realizar un limitado trabajo casero.
33, 0 %	Pueden realizar un trabajo casero liviano.
5, 1 %	Pueden cocinar.
14, 4 %	No puede precisar su capacidad de trabajo.
100, 0 %	

Vale decir, que un tercio de los inválidos crónicos, están inhabidos para todo trabajo casero y aun para la vigilancia de ese trabajo, y que la mitad no están habilitados para hacer ningún trabajo.

Medicina Preventiva y Asistencia Social: Cabe aquí preguntarse ¿hasta dónde va la Medicina Preventiva y hasta dónde la Asistencia Social?

Es evidente que la Medicina Preventiva trabaja para evitar los casos de invalidez recuperable. Toda obra que se haga para ayudar a los inválidos no recuperables, será Asistencia Social pura.

A medida que avanzamos en edad, los casos son cada vez más de asistencia social y menos de medicina preventiva. Sobre 717 casos de ancianos, 113 (el 16 %) no necesitaban cuidado médico activo y les bastaba un simple examen cada 6 meses.

Asistencia abierta y Asistencia hospitalaria: El problema médico-social que plantea este grupo de enfermos, es el de determinar desde qué punto es mejor para el paciente y más económico para la sociedad el cuidado de estos casos asistiéndolos en sus domicilios o en un establecimiento hospitalario.

Desde que las enfermedades crónicas y su invalidez pueden modificarse, el tipo de cuidado que un paciente necesita está también sujeto a cambios. Pueden ambos tipos de prestaciones, en algunos casos, usarse alternativamente.

Sobre un total de 2.508 pacientes que eran atendidos en sus domicilios, 374 tuvieron que ser hospitalizados por un episodio médico especial: 304 lo fueron una vez; 70 más de una vez.

Todas las instituciones que han organizado el cuidado abierto, afirman su ventaja para descargar tempranamente al hospital de sus crónicos. Hay que hacer que el enfermo y su familia no gusten de entrada la ventaja de desligarse de un familiar inválido o crónico, y si se lo consigue atender en su domicilio, el costo que ello implica debe compensárseles con un subsidio especial. En otras palabras: los subsidios, tanto de previsión como de asistencia, deben partir del principio de que el internado compense parte

de su asistencia con una disminución del subsidio en dinero. A igualdad de costo, siempre el afecto familiar prevalecerá para sostenerlo en el domicilio; por su parte, la organización asistencial gana el menor capital que debe distraer en sus hospitales. La organización del cuidado familiar permite reducir el número de internaciones en un 13,5 %, y la estadía en el hospital en un 34,9 %.

PROBLEMAS ESPECIALES DEL CUIDADO FAMILIAR

El primer problema lo plantean los pacientes que viven solos, y son el 15,7% del total de los crónicos.

Desde ya imaginamos la multiplicidad de problemas que plantean estos pacientes, y que van, desde su alimentación, hasta su limpieza y el lavado de la ropa. En los casos en que el paciente puede levantarse y salir solo, la limpieza de la vivienda y la de su ropa es el único problema especial, y ello puede hacerse una vez por semana. El problema mayor lo presenta aquel paciente solitario, confinado en el lecho, y que no puede ayudarse, ni tiene familiares que lo ayuden para vestirse, higienizarse, y aun llevarlo al baño.

A los fines de la asistencia domiciliaria, le llaman Unidad de Servicio (U. S.) a una atención consistente en tres horas de atención domiciliaria: el máximum de atención dada son 10 U. S. por semana.

Es evidente que un enfermo crónico que vive solo, necesita la mayor cantidad de U. S. lo cual hace caro este servicio. Sobre 338 pacientes, 43 recibieron un servicio de 10 U. S. por semana durante una mitad del período que estuvieron bajo cuidado. De 338, o sea el total, 101 recibieron el mínimum, vale decir de una a dos U. S. por semana durante la mitad del tiempo de su asistencia. La experiencia demuestra que los pacientes que viven solos necesitan por largo tiempo el Servicio Familiar. No ocurren en estos casos cambios en la situación de la familia que permitan alterar la continuidad de este servicio. Al crónico no debe permitírsele vivir solo, a pesar de que a veces así lo prefiere, cuando las condiciones médicas lo exijan o cuando las posibilidades de desempeñarse no sean suficientes. Gran cantidad de estos pacientes están mejor en instituciones, y el Servicio Social debe convencerlos de esa ventaja.

Planeamiento de la cantidad de servicios: Este conocimiento es de importancia básica para el planeamiento de la asistencia. El cuadro adjunto señala este problema tomando una experiencia de cinco años.

CUIDADO FAMILIAR DESDE SU ADMISION

Menos de un año	1.393
Menos de 3 meses	518
de 3 a 5 »	605

de 6 a 8 meses	140
» 9 » 11 »	130
De 1 a 2 años	535
de 12 a 14 meses	158
» 15 » 17 »	130
» 18 » 20 »	136
» 21 » 23 »	111
De 2 a 3 años	156
de 3 y más años	72
Total de asistidos	2.156

Vale decir que casi el 11 % de los asistidos en domicilio han tenido más de dos años de servicios interrumpidos; en 57 casos sobre 2.156, el servicio se extendió sin interrupción durante cinco años.

Calificación de los servicios:

Se llama Unidad de Servicio (U. S.) a tres horas de trabajo. Dos U. S. forman un día de trabajo. Cinco días de trabajo, o sean diez U. S., forman una semana de trabajo. Una U. S. a la semana es el mínimum que se puede dar, pero la práctica ha demostrado que un tal hecho es raro, siendo dos U. S., o sean un día de trabajo, el mínimum usualmente asignado. Diez U. S. por semana es el máximum que se asignó.

En situaciones extraordinarias o de emergencia se ha fijado hasta 12 horas de servicio en un día. No se puede fijar una norma para cada caso, pues pocos casos necesitan el mismo monto de servicio en todo el tiempo. Se hace necesario modificar el esquema de asistencia por cambios en las condiciones, ya sea en la situación médica de los pacientes, pero forzoso en un miembro de la familia, enfermedades agudas en los familiares, etc.

Una U. S. se considera como el mínimum indispensable para la higienización de la habitación y de la ropa semanal. Cinco U. S. son las utilizadas para ayudar a la rutina diaria del cuidado casero (se llama a esto «medios esquemas») se lo utiliza en los semi-postrados. Diez U. S. semanal, o sea un «esquema completo», y es para reemplazar enteramente la invalidez del cónyuge: se comprende que este servicio es costoso y antieconómico, y lo es porque excede el costo de su asistencia en un hospicio.

SERVICIO SEMANAL

(Dos experiencias)

Año 1940: N.° de pacientes: 1.732 (100.0)
Año 1939: N.° de pacientes: 1.116 (100.0)

Plan de servicio

Días enteros por semana:		
1	32,1	22,6
2	32,9	37,6
3	7,5	14,7
4	0,3	0,6
5	3,8	8,9
Medios días por semana:		
1	0,8	0,1
2	4,9	1,9
3	6,0	2,5
4	0,7	0,6
5	9,0	9,7
Combinaciones (Planes ocasionales):		
1	2,0	0,8

Por el cuadro que antecede, el 65% de los casos sólo necesitan tres días enteros de asistencia por semana. Sólo el 21,4 y 14,8%, respectivamente, reciben un plan de medio día de trabajo.

LA ASISTENCIA DEL CONVALECIENTE COMO PROFILAXIS DE LA INVALIDEZ

El problema de la profilaxis de la invalidez se reduce a tratar tempranamente las enfermedades de tipo crónico, y sobre todo a realizarlo de una manera integral. La asistencia del convaleciente ha sido en todos los tiempos tomada en cuenta en las enfermedades primitivamente de tipo crónico, vale decir, la tuberculosis y las enfermedades mentales, en las cuales no hay un límite exacto entre el período real de enfermedad y el de convalecencia, y podemos decir, que ambos procesos se confunden en una unidad de tratamiento.

En las enfermedades agudas, el enfermo es justamente abandonado en el momento en que el período más drástico del proceso ha pasado, y se confía a los medios naturales la restitución final por la convalecencia espontánea del enfermo. Sin duda la razón de faltas de camas obliga a esta conducta, y ella se ha arraigado tanto en la mente del médico, que ni siquiera el estudio del proceso llamado de convalecencia entra dentro de los capítulos de la patología médica.

Sin embargo, nada más antisocial que esa manera de pensar. Todas las enfermedades agudas tienen tendencia a ir a la cronicidad, y esta tendencia aumenta con la edad de los sujetos. Así, por de-

bajo de los cinco años, sólo el 2% de los enfermos pasan a la categoría de crónicos; de 10 a 15 años, el 5%; de 25 a 30 años, el 17%; de 40 a 45 años, el 40%; de 50 a 55 años, el 57%; de 60 a 65 años, el 76%, etc. Tal es la estadística que nos brinda el Dr. Ernesto Boas, Director del Hospital de Crónicos Montefiore, de Nueva York, en el año 1927.

Podemos decir que el cuidado del convaleciente ha sido hecho siempre de una manera deficiente dentro de la acción médica.

Se entiende por convalecencia la restitución más o menos gradual hacia la normalidad después de un período de enfermedad física o mental. De antiguo se afirma que desde el punto de vista médico, la historia de un enfermo no es completa si falta el período de convalecencia. Un paciente puede haber pasado su período de enfermedad, pero no estar preparado todavía para reintegrarse a sus deberes habituales. El control de este período aun no ha sido satisfactoriamente estudiado hasta nuestros días, y el cuidado del convaleciente puede ser considerado como un servicio ininterrumpido en el cual tiene participación el médico, el hospital y el servicio social.

Actualmente la medicina se ha convertido en un servicio extremadamente complejo. Los problemas relacionados con la atención de los pacientes están sometidos a constantes cambios, y al presente, el cuidado de la convalecencia se presenta como uno de los campos de la acción médica en el que se exige tener nuevas ideas. Su importancia es tanta, que en el año 1925, la Academia de Medicina de Nueva York dedicó una conferencia especialmente destinada al estudio de este aspecto del servicio médico; desde entonces numerosas conferencias médicas se han realizado en aquel país y ya son muchas las monografías que en este orden han sido publicadas.

FISIOLOGIA Y PSICOLOGIA DEL CONVALECIENTE:

Como dice *Perry Pepper*, la palabra convaleciente es usada en el mismo sentido que la empleaban los romanos hace 2.000 años, y sin duda muchos de los puntos de vista que tenemos en la materia han sido ya señalados en aquella época. Así, en la fiebre palúdica, se sometía a los enfermos en convalecencia, a las *curas de aire*, visitas a balnearios determinados, y a regímenes nutritivos y de reposo, destinados todos ellos a la recuperación. *Hipócrates, Galeno y Celsus* hacen referencias sobre la regulación de la dieta y el ejercicio del paciente en la convalecencia de las enfermedades agudas.

Sin embargo, en nuestros días, los grandes tratados dedicados al arte del tratamiento, casi no mencionan el problema del cuidado del convaleciente. Casi todos los autores que abordan la clínica y la patología de la enfermedad se detienen en sus prescripciones justamente en el momento en que el enfermo entra en

la convalecencia. La razón de esta laguna es más fácil explicarla que descubrirla. Se ha dejado la convalecencia al arbitrio del paciente, ignorando que muchas veces no comprende la importancia de este período y determina una recaída de su estado de mal; o en otros casos, son razones de orden social ligadas a la vida económica de la familia o del trabajo, que le hace abandonar prematuramente su preocupación por el tratamiento, y con ello se expone a una recaída o a persistir su dolencia de una manera indefinida. Así empiezan muchos estados crónicos.

En el campo mental es donde el concepto de la convalecencia tomó su mayor amplitud, pues, en la interpretación médica del estado de convalecencia no ha faltado la opinión de eminentes psiquiatras, como *Dumbal,* quien afirmaba en 1936 que el 50% de los problemas ligados al estado de enfermedad agudo, y el 75 % de los problemas ligados al estado de convalecencia debían su origen primario no a una causa de orden cerebral, sino a una simple causa de orden general.

Cuando se consideraba el fenómeno de las enfermedades mentales como de origen puramente psicógeno, se rehusaba investigar en el paciente las posibles alteraciones de naturaleza orgánica, y toda la terapéutica se reducía a frenar los desórdenes psicogénicos. En nuestros días, en que un nuevo concepto de las enfermedades mentales va prevaleciendo, se abren nuevos campos inexplorables a la terapéutica. Podemos decir, que un proceso terminante de evolución se realiza dentro de la llamada convalecencia.

El otro factor por el cual el médico se ha desentendido de la convalecencia, es la idea de que el paciente está ya fuera de peligro y que hay que dejar a la naturaleza el resto de la acción, es decir, el simple reposo, el ejercicio, la dieta y la tonificación, todo lo cual puede orientar el trabajo natural y espontáneo hacia la curación. Sin embargo, el estudio médico y estadístico realizado en personas convalecientes, prueba que ese período de enfermedad no es tan simple como aparenta, y que exige hoy que el médico se empeñe en ponerlo bajo su control.

Importa señalar en primer término que el período médico de convalecencia es complejo y que cada enfermedad tiene su aspecto propio al cual se agregan las condiciones del paciente, debiéndose decir que no hay convalecencia, sino convalecientes. La misma ciencia médica ha rehuído el estudio de este período, desconociéndose en muchos casos la intimidad de los procesos psíquicos y funcionales que se realizan antes de llegar a la normalidad. La convalecencia se convierte hasta ahora en un estado pasivo en el cual el enfermo deja a las fuerzas espontáneas de su naturaleza la función de restituirlo.

LOS HOGARES PARA CONVALECIENTES

Sin duda, el término «hogar para convalecientes» es más apropiado que el de *Hospitales para Convalecientes,* desde que en estas instituciones destinadas a la recuperación de la salud, tienen más importancia los servicios de carácter social que se hagan, que los de carácter médico. En realidad, el principal programa médico que se observa en estas instituciones es el de estimular los medios naturales para que el organismo obtenga la restitución integral de sus condiciones físicas y espirituales.

Pero, en cambio, tiene importancia especial darle al enfermo un conjunto de comodidades que le permitan distraerse de una manera higiénica y agradable, y en este sentido, deben estas instituciones llenar más las condiciones de un hogar que las condiciones de un hospital.

De allí que en el léxico inglés, al referirse a estas clases de organismos, se les diga siempre «Convalescent Care» o «Convalescent House», como queriendo ya, con el nombre, dar el mayor aspecto familiar a las condiciones y medios de asistencia que se han de poner a disposición de los pacientes.

Sin duda los *hogares para convalecientes* han sido siempre confundidos con los *hogares para crónicos,* por tener una cierta similitud médica y social. Posiblemente, en aquellas partes del país donde la densidad de enfermos no sea lo suficiente para tener un hogar especializado para cada uno de los aspectos médicos, sea conveniente resumir dentro de una misma unidad estos distintos aspectos de la acción médica: la crónica y la del convaleciente. Las viejas «hospitalitas» de la era romana, resumían dentro de un mismo organismo el cuidado de agudo, de crónico, del convaleciente, del anciano y del desamparado. Justamente eran sitios de «hospitalidad», asimilados casi a las condiciones de un «refugio» para escapar de los peligros inmediatos de la miseria. La gran división que se hizo durante la Edad Media de estos organismos amparados en la acción social de la Iglesia, fué separar, de una parte, a los agudos, los cuales pasaron a hospitales, que se los denominaron «Hotel Dieu». El *Hotel de Dios* fué anexado a los templos, y era un hospital destinado a la asistencia médica pura, teniendo como único *servicio social* el servicio religioso. En cambio, el crónico, el desamparado, el huérfano o el anciano, pasaron a las casas denominadas *Asilos,* destinadas puramente a darles hospedaje y un servicio social suficiente para restituirlos, si era posible, a una función útil.

En los grandes núcleos de población de nuestro país, los *Hogares para Convalecientes* o las *Cajas para Convalecientes* deben ser separados netamente de los asilos u hospitales para crónicos, no tan sólo por una razón de orden ético, sino porque se impone que el convaleciente no llegue a crearse una mentali-

dad de crónico y aspire de esa manera a pasar el resto de su vida en una situación de pasividad.

Por el contrario, interesa someter al convaleciente a una actividad de orden higiénico que le permita poner en pleno desarrollo todas sus funciones naturales, vivificadas a través de una actividad compatible con un sedentarismo terapéutico, sin llegar a crear para ellos industrias de carácter casero, dado el corto tiempo que han de quedar en estas instituciones: la «laborterapia» debe tener más un significado médico que económico.

EL SERVICIO PUBLICO DEL CONVALECIENTE

En los pueblos de América, el desenvolvimiento de estos tipos de organismos no ha llegado a tomar la intensidad que ha tenido en la vieja Europa. Atribuímos ello a una razón de orden demográfico. En los pueblos americanos que han visto duplicarse su población cada 25 años, las instituciones han tomado un ritmo de necesidad que no siempre ha podido ser seguido por la acción del hombre. Los hospitales, las escuelas, los medios de transporte y mil otros servicios de carácter público, se han visto en una constante deficiencia; problemas éstos que no se planteaban en la Europa, donde sus poblaciones estaban más o menos estabilizadas.

Casi diríamos, que el exceso de población de aquellos países era descargado en el resto del mundo, y en especial en América. Se comprende que, sólo una vez llenadas las necesidades más perentorias, es cuando el hombre y los poderes públicos siguen en su mira las instituciones de carácter de perfeccionamiento. Por ello, se ve en todas partes florecer la escuela primaria, y en cambio dejar siempre de lado las escuelas destinadas a retardados y lisiados. Las «instituciones de necesidad» dejan su sitio a las «instituciones de perfeccionamiento» en los pueblos jóvenes.

Si en el orden médico los pueblos de América pueden mostrar los hospitales más completos que llenen su parangón con los mejores del mundo, *la convalecencia*, sin embargo, no ha sido en nuestro medio atendida en la magnitud que lo ha sido en los pueblos de Europa.

En el informe hecho en el año 1937 por la *Academia de Medicina de Nueva York*, señalan para aquel país únicamente 8.747 camas, distribuídas en 379 instituciones, como existente en el año 1930, lo cual daba un coeficiente de 7,1 por cada 100.000 de población.

Contrasta esa cifra contra la de 53,9 camas para convalecientes por 100.000 de población que tenía Gran Bretaña en ese mismo año. Sin embargo, cabe señalar que dentro del área correspondiente a la ciudad de Nueva York, contaba con 40, 7 camas por 100.000 de población, destinadas puramente a convalecientes. Dentro del distrito de Nueva York, tenían en el año 1930, 70 unidades distintas destinadas al cuidado del convaleciente, lo

cual significaba un total de 3.650 camas. Multiplicando el número total de camas existentes dentro de las instituciones por el número de días que éstas han sido ocupadas por pacientes, tendremos el *coeficiente de hospitalidad;* o, mejor dicho, el número de hospitalidades efectuadas, que fueron en aquel país de 1.221.947. La relación entre el número de camas existentes y la cantidad de hospitalidades brindadas, dice que en el año 1934 tan sólo se aprovechó el 77,1 % de la capacidad potencial; cifra ésta que podemos llamarle la *tasa de hospitalidad.*

En la estadística levantada por la *Academia de Medicina de Nueva York,* y a la cual hacemos referencia, agrupan en *cinco* grandes aspectos la población asistida en este tipo de hogares para convalecientes. Los enfermos de *carácter general;* los de *carácter ortopédico,* los *cardíacos,* los *neurólogos* y los *desnutridos.*

La *tasa de utilización* de esos servicios ha sido para los de *carácter general* del 73,4%; para los de *carácter ortopédico,* del 85,2%; para los *cardíacos,* del 98,2%; para los enfermos de *tipo neurológico,* de 43,8%, y para los *desnutridos,* del 100,2%. En resumen: dan el total el 77,1 %, que ha sido la *tasa de utilización* de los servicios en los hogares para convalecientes del distrito de Nueva York.

En realidad, la menor *tasa de utilización* que han tenido las *Cajas de Convalecientes* para pacientes neurológicos, ha sido debido a que estas instituciones operaban en condiciones financieras precarias. Son factores distintos el de la enfermedad o la necesidad, lo que hacen la mejor o peor utilización de estos organismos.

Hasta el año 1934, no había en EE. UU. hogares para convalecientes de diabetes, o de otros aspectos de enfermedades nutritivas. Sin duda es en la *diabetes* donde la convalecencia tiene un valor especial, por cuanto al diabético se le impone un gasto calórico mínimo, a objeto de evitar la hiperfunción de los órganos digestivos, y en especial del páncreas. Una insuficiencia aguda del páncreas determinada por falta higiénica en la alimentación, es mejorada visiblemente con un régimen de discreto reposo, y el cuidado del convaleciente diabético, llena su más precioso servicio en esa afección. Se sobreentiende que este reposo y régimen puede hacerlo el diabético en su domicilio.

En la clasificación antedicha se ha dejado de lado el grupo correspondiente a la *tuberculosis,* porque ante todo no hay instituciones especiales en aquel país dedicadas a ésto, pues, los hospitales y sanatorios especializados, prolonga la estada de los convalecientes a objeto de su mejor restablecimiento.

Es importante señalar la cantidad de días de hospitalización que corresponden en el distrito de Nueva York para los distintos pacientes allí internados. En el año 1934, fué un promedio general de 32 días; para los convalecientes de tipo *general* lo fué

de 25 días; para los pacientes ortopédicos, de 111 días, y para los pacientes de tipo cardíaco, fué de 134 días.

ADMISION DE CONVALECIENTES

Todas las instituciones de este tipo están situadas en general en las afueras de la ciudad y en sitios de agradable vista. Reciben sus pacientes en conexión con organizaciones de los hospitales situados dentro de los centros urbanos. En general las *Casas de Convalecientes* no son sino simples ramas de un organismo mayor central.

No podría concebirse la idea de un hogar para convalecientes, sino en conexión íntima con una institución de agudos o de crónicos. Se impone seleccionar de una manera cuidadosa los casos a los cuales se ha de destinar la hospitalidad de convalecientes, y dedicarla especialmente a aquellos que no tienen medios particulares para atender con su peculio este período. Estos organismos deben tener las mismas delegaciones en las ciudades que tienen los sanatorios nuestros para tuberculosos, en los cuales los casos son netamente seleccionados, tanto por su aspecto médico como social.

No se han formulado reglas especiales acerca de la admisión de los convalecientes, aunque se admite en líneas generales que no pueden ir a hospitales de esta naturaleza aquellos que tengan enfermedades contagiosas, ni tampoco aquellos que requieran dietas especiales, que puedan confeccionarlas en su domicilio; ni tampoco los que no puedan ayudarse a sí mismos haciendo los ligeros trabajos que requieran su hospitalización. Algunos de estos hogares rechazan los pacientes afectados de asma y de tos, que puedan ser molestos para sus compañeros, y en general las condiciones de admisión están simplemente sometidas al hecho de que no exijan una terapéutica especial.

ANTECEDENTES ARGENTINOS

En nuestro país, el problema de atender al convaleciente ha sido abordado pocas veces. Es necesario difundir la idea de que *la mejor atención al convaleciente es una de las formas de luchar contra la invalidez.*

Una razón fundamental es el hecho de que los hospitales para convalecientes tienen un menor costo de instalación y un menor costo de hospitalidad. Menor costo de instalación, por cuanto estos establecimientos no requieren otra cosa que un hospedaje higiénico del convaleciente, y todo el utilaje médico indispensable en una institución destinada a agudos, no es aquí indispensable. El menor costo de hospitalidad obedece al hecho de que los mismos internados pueden realizar una cantidad de tareas que corresponde a los enfermeros y mucamos, por cuanto hay enfermos que pueden ayudarse a sí mismos, y hasta es con-

veniente que lo hagan como una manera de ejercicio físico, y como una manera de distracción.

En momentos en que en nuestro país la instalación de una cama para agudos en un hospital como el Rawson, Ramos Mejía, etc., costaba la suma de $ 5.000, podía hacerse una misma comodidad de alojamiento de $ 1.300 en el hospital de crónicos de Ituzaingó, de la Municipalidad de Buenos Aires. En circunstancias en que *el costo de las hospitalidad* representaba $ 5 diarios para muchos hospitales de agudos, ese costo se elevaba únicamente a $ 1,30 en el hospital de crónicos antes mencionado.

Pero no todo debe realizarse con gastos extraordinarios. La mejor idea es destinar a *Hogares para Convalecientes* aquellos edificios hospitalarios envejecidos, y en buena hora se edifiquen otros nuevos en lugares apropiados, en las afueras de la ciudad.

No hemos de referir los antecedentes que en esta materia hay en todas partes del mundo. Bastaría tan sólo agregar que la lucha contra la tuberculosis efectuada en Alemania después de la guerra de 1914, se hizo sobre la base de instalar construcciones económicas en los parques públicos, y las cuales actuaban como preventorios y tomaban al sujeto en pleno estado de infiltrado precoz antes que éstos desarrollaran un proceso más grave de enfermedad. En tan sólo 5 años, Alemania vió descender el índice de mortalidad tuberculosa de 220 por cien mil, al que había llegado después de la guerra de 1914, al de 90 por cien mil, con sólo hacer la atención de tipo económico.

Podemos decir que una razón de orden económico mueve hoy a impulsar un pronunciamiento en este sentido, a objeto de descongestionar nuestras salas hospitalarias, para que éstas llenen a su vez toda su labor en los agudos, con eficiencia, y al mismo tiempo evitar el desamparo de los pacientes, que no tienen en la convalecencia un sitio cómodo donde atenderse.

Si la sola razón de orden médico, vale decir, la mejor atención de la enfermedad y del enfermo, no fuera suficiente, ni tampoco la de orden económico, por cuanto la instalación y la asistencia de un convaleciente representa un costo de una cuarta parte del valor del costo de un enfermo agudo, está esa otra señalada, y que por acción de asistencia, o de caridad, se impone difundirla para evitar el desamparo de la gente carente de recursos.

El problema de la carencia de camas para la atención de agudos, ha sido y será por mucho tiempo un problema social y público por excelencia. El enfermo agudo asiste hoy al hospital porque sabe que se le presta en nuestros días la mejor asistencia.

Al hacerse construcciones más confortables y con un ligero aislamiento, hoy ya llegan al hospital, no diríamos pudientes, sino gente calificada de la clase media, que no encuentra deshonroso ocupar una cama de un establecimiento de agudos. Todo ello lleva a que la población hospitalaria aumente año tras año y todos los

esfuerzos que se realizan, serán siempre insuficientes. No queda otra salida a este problema que el de construir casas para convalecientes, a objeto de descongestionar tempranamente la destinada a agudos, y en esa forma, a la sombra de los intereses económicos, realizar un nuevo plan de asistencia con la vista puesta a realizar la mejor profilaxis de las enfermedades crónicas y de la invalidez.

CONCLUSIONES

1.º Que la asistencia del convaleciente forma parte del tratamiento integral del enfermo, y ella se impone realizarla de una manera científica, como una de las formas de luchar contra las enfermedades de tipo crónico e invalidizante.

2º. Que en nuestro país, este tipo de asistencia se realiza en parte en los hospitales destinados a enfermos agudos, con lo cual se los da de alta tempranamente, dada la carencia de camas con que cuenta nuestro país.

3º. Que siendo el costo de instalación y el costo de hospitalidad, de menos de una cuarta parte que el mismo destinado para agudos, se impone realizar las futuras ampliaciones hospitalarias sobre esta base, de modo que puedan disponerse cuatro veces más camas con el mismo gasto.

4º. Que mientras no se destinen sumas especiales para establecimientos también especiales, pueden llenarse estas ampliaciones utilizando las tierras sobrantes con que cuentan algunos hospitales de agudos, y de esta manera, los gastos de dirección técnica y administración serían sumamente reducidos, desde que ya pueden utilizar los servicios médicos y de asistencia existentes.

5.º Que teniendo el convaleciente por única necesidad la de contar con un hospedaje confortable y una alimentación adecuada, se impone que estas construcciones sean de tipo sumamente económico y standardizadas, criterio éste que han seguido muchos países de Europa, que tienen modelos de hospitales para agudos, en los cuales, los pabellones destinados a convalecientes, son construcciones económicas de fibro-cemento, con lo que reducen una décima parte el costo de instalación del destinado a agudos.

6º. Que en ningún caso deben destruirse los hospitales viejos, pues ellos sirven como cómodos alojamientos para convalecientes, crónicos y ancianos.

RELACION CON EL PROYECTO DE CODIGO SANITARIO

LEY DE BASES:

Artículo 5. Inciso 2. — Organizar y aplicar las medidas que los principios de la higiene y medicina preventiva hicieren aconsejables.

El cuadro que presenta en materia sanitaria nuestro país, no puede ser más alarmante.

Tenemos provincias donde la mortalidad infantil llega a 300 o|oo; el bocio endémico, el cretinismo, la sífilis, la lepra, el paludismo y la anquilostomiasis alcanzan cifras alarmantes.

La tuberculosis y la alienación constituyen flagelos generales. Los enfermos deambulan o esperan una internación, sin poderse solucionar en gran número de casos su afligente estado, por la falta absoluta de camas. El problema tiene dos soluciones inmediatas, que deben ser paralelas en su aplicación. Una es la provisión urgente de los medios para poder dar la internación a los que la necesitan. Otra, es evitar que el número de enfermos aumente, pues las enfermedades citadas, son de las que requieren, cuando están avanzadas, largo tiempo de internación o de tratamiento. La única forma de evitarlo lo da la Medicina Preventiva, mediante la investigación de la enfermedad cuando aun no ha desvalorizado al individuo. Esta etapa de las enfermedades frecuentemente se oculta bajo el aspecto de salud y solamente se descubren por el examen completo y minucioso. Se calcula que por lo menos un 15% de las personas creídas sanas, son en realidad portadoras de enfermedades a veces ya en estado avanzado, pero otras no pasan de la faz inicial, es decir, cuando aun son fácilmente curables.

Descubrir «estas enfermedades inaparentes» en forma precoz y tratarlas en esa faz, es una seguridad de obtener una curación rápida y económica, al par que evitar estados de invalidez, cuando no la muerte misma.

El examen médico de salud o examen médico periódico de la población es el único capaz de descubrir la enfermedad inaparente.

La acción del Estado no puede limitarse a aconsejar los medios que aseguren la salud individual, sino que debe extendese a todo lo que en el orden colectivo incide en la conservación de la salud, imponiendo medidas que aseguren las condiciones óptimas de la vivienda, de la alimentación y del agua de consumo, del vestido: y de las condiciones del trabajo. Deberán adecuarse estas medidas a las necesidades de las distintas regiones del país. La acción preventiva ejercida con el examen médico periódico, se completará con la asistencial en la lucha contra los flagelos sociales que minan la población argentina. Es urgente arbitrar los medios para disminuir y en definitiva extirpar todas las causas de desvalorización del capital humano.

LEY DE BASES:

Art. 5. Inc. 13. — Organizar y aplicar las medidas que los principios de la higiene y medicina preventiva hicieren aconsejables.

Para instituir y afianzar el reconocimiento médico periódico de la población, es necesario:

1º.) Hacer una intensa y permanente campaña de educación sanitaria, difundiendo los principios de la medicina preventiva. Esta campaña abarcará en primer término a los médicos, odontólogos, parteras, maestros, estudiantes de medicina, odontología, obstetricia y farmacia, para que ellos a su vez, desde las funciones que desempeñen, inculquen a la población los beneficios del «examen de salud»;

2º.) Incluir en los programas de estudio de medicina, odontología y obstetricia, el estudio analítico del examen médico-periódico y de los documentos sanitarios;

3º.) Adopción de un sistema uniforme de examen médico que comprenderá obligatoriamente, el examen clínico, el radiofotográfico de tórax, y las investigaciones biológicas que correspondieren, según las enfermedades dominantes en las distintas regiones del país;

4º.) Para registrar los resultados y el cumplimiento del examen médico periódico se adoptará un tipo único de documentos sanitarios, para ambos sexos. Estos documentos se designarán: «Libreta Sanitaria», «Ficha Sanitaria» y «Certificado de Salud». Los dos primeros registrarán los datos médicos desde el nacimiento hasta la muerte. La Libreta Sanitaria es el documento privado, personal e intransferible, para exclusivo uso médico-odontológico y obstétrico. La Ficha es el documento oficial que queda archivado en la Secretaría de Salud Pública. Constituye la historia clínica individual a través de la vida y será utilizada exclusivamente para los estudios bio-estadísticos, y para la extensión de duplicados de Libreta Sanitaria.

El Certificado de Salud, es el documento público, exigible por autoridad competente. En él solamente se registrará la fecha del examen, la ocupación y la aptitud resultante del examen;

5º.) Adopción de una clave numérica, aconsejándose la de Parran y Austin, para:

a) La anotación en la Libreta Sanitaria de algunas afecciones, por ejemplo: sífilis, lepra, blenorragia, que por razón médica, familiar o social deban consignarse en clave.

b) Para volcar los datos contenidos en la ficha sanitaria a la ficha tabulada, sistema Hollerith; para hacer la bio-estadística y tener rápidamente las cifras que marcarán la acción asistencial preventiva o social a seguir.

6º.) Se deberán reglamentar como nueva función del Registro Civil:

a) La entrega contra recibo de la Libreta Sanitaria y un formulario correspondiente al primer examen de salud, a la persona que haga la denuncia de un nacimiento;
b) La comunicación dentro del plazo de 24 horas, de recibida la denuncia, a las delegaciones de Medicina Preventiva de la zona, de toda denuncia de nacimiento que se hubiere efectuado y el número de Libreta Sanitaria que haya correspondido;
c) El Registro Civil comunicará en el mismo plazo de 24 horas, las denuncias de defunciones, número de Libreta Sanitaria, cuando se poseyera, y causa de la muerte.

7°.) Desde el presente será obligatorio el examen médico periódico:
a) De todos los niños, desde el nacimiento hasta la edad preescolar, que podrá ser practicado por los médicos oficiales o particulares;
b) El examen de salud anual será obligatorio y practicado por los organismos oficiales:
   a) En la edad preescolar, a los niños que concurran a jardines de infantes u otras instituciones infantiles oficiales o privadas;
   b) A los escolares en la enseñanza primaria;
   c) De la enseñanza secundaria, normal o especial, y
   d) A los alumnos de las universidades;
   e) Las personas comprendidas entre los 6 y los 18 años, que no concurrieran a ningún establecimiento educacional o hubiesen dejado de concurrir a ellos y no estuviesen afiliados al Instituto Nacional de Previsión Social, deberán efectuar su examen periódico en salud obligatoriamente, pudiendo ser efectuado en los organismos oficiales o privadamente, en las mismas condiciones antedichas.

8°.) Será obligatorio el examen de salud anual, para todos los afiliados del Instituto Nacional de Previsión.

9°.) Los afiliados al Instituto Nacional de Previsión podrán examinarse particularmente y serán aceptados los informes de los médicos que practiquen el examen anual periódico, siempre que cumplan con todos los requisitos exigidos en el examen oficial y adjunten la radiofotografía de tórax, del tamaño utilizado en los organismos oficiales, o en su defecto una radiografía panorámica.

10) La Sanidad de fronteras y de transportes exigirá la «Libreta Sanitaria» con examen de salud actualizado para todas las personas que ingresen al país y proveerá o actualizará el mismo documento a todas las personas que salgan del territorio de la Nación; en ambos casos por medio de las delegaciones de Medicina Preventiva. El primer punto de este apartado será materia de reglamentación especial y se llevará a la práctica previos los acuerdos internacionales correspondientes.

PRELACION DE LAS OBRAS

El plan sobre el examen periódico de la población, desarrollado en los capítulos anteriores, pone en evidencia no sólo su importancia, sino también la vastedad del problema que significa la aplicación de dicha medida de medicina preventiva a todo el país.

Como lo hemos dicho, para llevar a cabo ese reconocimiento médico periódico, es necesario promover la creación de centros de medicina preventiva y adaptar otros tipos de instituciones que funcionan actualmente, dando a los locales una doble utilidad.

La organización y desarrollo de estos exámenes será encarado en cinco etapas sucesivas: 1a. etapa para 1947; El plan mínimo de ejecución y para llevarse a cabo en la Capital Federal, comprenderá:

1º.) La formación de los equipos técnicos médicos, visitadoras, ayudantes, técnicos radiólogos, de laboratorio, etc.

La base del éxito de los exámenes periódicos estriba en la selección de todo el personal que actúe en los equipos y el adiestramiento de los mismos para que exista una unidad de conceptos y de orientación que es fundamental. El plan de trabajo de esta etapa comprenderá el examen de niños y adolescentes; por lo tanto, será indispensable que los médicos que actúen sean en lo posible especialistas en niños.

2º.) Proveerse del material indispensable, parte del cual ya está en trámite de adquirirse.

3º.) Se examinarán:

a) Los niños de primer grado inferior y superior y de quinto y sexto de la enseñanza primaria, que suman alrededor de 160.000 niños.

b) Todos los niños de 3º. a 5º. año de enseñanza secundaria, normal y especial, que son, más o menos, 50.000. Estos exámenes se efectuarán durante el año escolar, en los Colegios elegidos especialmente.

4º.) Organización de la Sede Central de Medicina Preventiva.

5º.) Planos y construcción del Instituto de Higiene y Medicina Preventiva.

6) Organización de los centros de catastro de los Hospitales Municipales y Hospitales de la Soc. de Beneficencia.

7) Organización de los Centros de Catastro en los Hospitales Nacionales.

PLAN PARA EL AÑO 1948

Examen de escolares de 1er. grado inferior, 3er. grado, 4.º 5º. y 6º grado.

Examen de estudiantes secundarios de 2º. a 5º. año.

Examen de niños no escolares, desde los 6 años hasta los 18.

Plan de organización de las sedes de Medicina Preventiva en provincias y territorios. Formación del personal técnico.

Instalación de una sede central y equipos de exámenes en cada provincia y territorio. Iniciación de los exámenes en salud en todo el territorio de la Nación.

Se sobreentiende que en cada año sigue, y como obra de rutina, lo emprendido el año anterior.

PLAN PARA EL AÑO 1949

Examen de los niños concurrentes a los jardines de infancia.

Examen de escolares de primer grado inferior a 6.º grado.

Examen de niños de 6 a 18 años (no escolares).

Examen de estudiantes secundarios, normal y especial, (todos los años de estudios).

Implantación de la «Libreta Sanitaria» en el Registro Civil para ser entregada a los niños nacidos desde el 1.º de enero de 1949.

Iniciación de los exámenes periódicos de los niños nacidos en el mismo año.

PLAN PARA EL AÑO 1950-51

1.º) Habilitación y funcionamiento del Instituto de Higiene y Medicina Escolar.
2.º) Examen de todos los niños desde el nacimiento hasta los 18 años.
3.º) Habilitación de tres equipos móviles en cada provincia y territorio es decir 69 equipos.

Cada equipo tendrá un aparato de rayos X transportable con su generador transportado en camión; 1 ómnibus para el personal.

Estos equipos se duplicarán cada año.

Comisión mixta del Instituto Nacional de Previsión Social y la Secretaría de Salud Pública

La primera etapa en la organización de la Ley de Medicina Preventiva es la de montar el catastro sanitario y radiográfico de la Capital Federal y sus alrededores (conglomerado bonaerense). Se calcula que representa una cifra alrededor de 1.200.000 afiliados, lo cual facilita todas las soluciones desde que las grandes densidades de población son siempre más fáciles de asistir que los pequeños núcleos diseminados. Felizmente este aspecto ya ha sido estudiado y despachado, y en pocos meses se empezará a notar los efectos de la Ley de Medicina Preventiva en los ambientes ligados a la vida del trabajo de nuestra gran urbe afiliada al Instituto Nacional de Previsión Social.

El segundo aspecto en el planeamiento de esa Ley, es el de hacer el mismo catastro sanitario y radiológico para las poblaciones

del interior, en que salvo algunos núcleos de mediana concentración (Rosario, La Plata, Tucumán, Mendoza, etc.), nos encontramos frente a las pequeñas industrias diseminadas en más de 500 poblados, con una masa afiliada, menor en la mayoría de los casos, a 1.000 personas por localidad o en su zona de influencia. Felizmente la red de hospitales rurales, caritativos o públicos nos va a permitir a través del régimen de la subsidiación utilizar esos organismos, y a este fin, la Secretaría de Salud Pública ha dirigido ya una encuesta, localidad por localidad, para poder montar en pocos meses esa segunda máquina sanitaria que llevará la salud a zonas del país actualmente alejadas de todos los progresos de la técnica médico-preventiva.

Los dos aspectos arriba señalados, son y serán un hecho en pocos meses y en ellos no hay dificultades técnicas ni financieras. Lo difícil será montar la máquina asistencial desde que, la Medicina Preventiva no ha ido hecha únicamente para hacer estadística, sino para curar aquellos que ya tienen en salud, una enfermedad portable sin manifestaciones.

El problema que ahora se nos presenta es el de adelantar los trabajos del primer planeamiento asistencial que exigirá la construcción de hospitales y sanatorios que llevarán largos meses entre su determinación y su habilitación. Todo lo que pueda adelantarse en ese trabajo será fundamental porque no tendría lógica descubrir casos de enfermedad sin tener después donde asistirlos o debiendo éstos recurrir a las instituciones existentes, que son desde todo punto de vista insuficientes en la actualidad.

Concretando ideas, diremos, que en el conglomerado bonaerense, el adelantamiento del catastro sanitario y radiológico (catastro médico-preventivo), permitirá sacar de la circulación del trabajo los casos más graves, sobre todo en materia de tuberculosis y cardiopatías, para que se beneficien desde ya del Reposo Preventivo, y mientras tanto efectuar su tratamiento en carácter de enfermos «verticales» en las distintas clínicas existentes. Siempre será de beneficio adelantarse en materia de invalidez, a que la invalidez se produzca.

No serán los mismos los beneficios del adelantamiento de este trabajo en el interior del país, en que falta gran parte de los elementos asistenciales, sobre todo en materia de tuberculosis, y de allí la importancia de que nos aboquemos de inmediato a ese planeamiento asistencial que ha de llevar largo tiempo en su instalación.

CONCEPTOS PREVIOS AL PLANEAMIENTO

No es posible entrar en los detalles de un planeamiento si no tomamos en cuenta previamente las características del Seguro Social en la evolución que ha tenido en otros pueblos y cuya experiencia debemos aplicar íntegramente a la población afiliada al

Instituto Nacional de Previsión Social.

Hasta noviembre de 1944 eran 600.000 los afiliados a dicho organismo. Con la incorporación de los Empleados de Comercio, y más recientemente los de la Industria, se eleva esa cifra a 2.800.000, con lo cual hemos llegado a un máximo sólo modificable cuando se incorporen nuestras industrias rurales, y se creen las *Cajas Libres* para la masa obrera no dependiente de un salario. Este factor de futuro agrandamiento no debe dejarse de lado en el planeamiento hospitalario, porque sería imperdonable que las generaciones futuras se encontraran frente a hospitales y sanatorios que por su tipo arquitectónico no fueran ensanchables y no encontraran tierra libre para esas futuras ampliaciones dentro de un mismo núcleo funcional.

Queda un segundo factor, el cual se presentará tan pronto esté organizada toda la *Medicina Preventiva* y su asistencia para la masa obrera: y es, la familia del obrero. Todas las legislaciones en la materia han ido incorporando los familiares de los afiliados a las prestaciones del *Seguro Social*, y siendo de cinco personas el promedio de los que integran nuestros hogares obreros, se impone pensar que toda instalación de asistencia tendrá que multiplicarse por tres o por cuatro en el término de diez años. Cabe hacer aquí las mismas previsiones señaladas más arriba, en cuanto a la posibilidad de que las construcciones que se realicen cuenten con un basamento hecho para crecer en altura, tierra disponible para crecer en anchura, y las instalaciones fundamentales y permanentes (calderas, cocinas, calefacción, etc.), sean también concebidas para un edificio cuatro veces superior. Cuesta poco poner caños (aunque no vayan a utilizarse) cuando un edificio se construye, y dejar los espacios para colocar los implementos en el momento que sean requeridos: todo ello es ímprobo y costosísimo hacerlo cuando ya se tiene un edificio en marcha y deben romperse pisos y corredores.

Hay otro factor que va a entrar a actuar de inmediato, y es el que se refiere a las leyes de *Maternidad* y la de *Accidentes del Trabajo*.

Con respecto al *Seguro de Maternidad*, ya el *Instituto Nacional de Previsión Social* ha planeado levantar un gran sanatorio para esa asistencia, de 800 camas, en un punto céntrico del conglomerado bonaerense. En esto no hay inconveniente desde que esa densidad de camas bien justifica un sanatorio independiente El problema se plantea, cuando saliendo de Buenos Aires, y de Rosario, nos dirigimos a ciudades de menos afiliados, y peor aún en las pequeñas poblaciones rurales del interior. Vamos a plantear este problema en sus números para ya ir adelantando una solución.

La población femenina afiliada al *Seguro de Maternidad* es de 400.000, lo cual representa 1/7 de la masa total de afiliados. Puede calcularse que por cada 1.000 mujeres obreras se producen

50 partos al año; y se calcula en 15 días promedio la estada de una madre en la Maternidad: lo cual significa que cada cama de Maternidad representa 24 partos al año. Teniendo ahora en cuenta la relación entre la población obrera femenina y la masa total de afiliados, quiere decir que una cama de Maternidad corresponde a 3.000 afiliados de una población mixta. Como no se justificaría una Maternidad independiente con menos de 50 camas, quiere decir que puede justificarse la instalación de un servicio de Maternidad como hospital aparte, cuando ella esté en un radio que corresponda a 150.000 afiliados. Y como la masa afiliada representa hoy una quinta parte de la población total del país, quiere decir, que una Maternidad de 100 camas destinadas únicamente a servir a las mujeres obreras afiliadas, sólo cabe suponerla para una ciudad cercana al medio millón de habitantes. Vale decir, que salvo el *Conglomerado Bonaerense* y *Rosario,* no se concibe hoy el planeamiento de una Maternidad de 100 camas como un *Instituto* aislado y desligado de la máquina asistencial general.

Al proyectar una cadena de hospitales y sanatorios destinados a la profilaxis de las enfermedades crónicas e invalidizantes como quiere la *Ley de Medicina Preventiva,* es indispensable ya proveer las instalaciones para cumplir la ley del *Seguro de Maternidad,* hasta por el hecho de que es el *Instituto Nacional de Previsión Social* (I.N.P.S.) quien ha de costear ambas asistencias, y poco más significa agregarle veinte o treinta camas a un monoblock de tipo policlínico. Hasta ahora, todos nuestros hospitales han tenido maternidades, sin que se hayan resentido la eficacia técnica o el control administrativo o ético. La mayor promiscuidad en el tráfico de un monoblock pudiera tener algunos inconvenientes de orden moral o afectivo para las mujeres en estado de gravidez, todo lo cual se resuelve con darle a ese tráfico un ascensor y una puerta separada dentro del monoblock, y evitaríamos todo lo que significa crear un organismo aparte, con otra dirección, otra administración, otro lavadero, otra cocina, otra calefacción, etc.

Justamente la ventaja de los monoblocks es no tan sólo la economía técnica y administrativa, sino también la unidad funcional en cuanto permite colocar la asistencia de la familia dentro de una centralización ventajosa, sobre todo si se ha de ir a la *Asistencia Social,* en la cual el núcleo familiar es su base. No se concebiría ser atendida la madre en un edificio, el padre en otro, los hijos en un tercero, y disgregar la *Ficha Familiar,* que es la base de la acción de la Asistencia Social. Justamente el concepto del *Centro de Salud* es el de esa unidad asistencial, y la tendencia mundial en la materia es la de reemplazar las unidades dispersas en lo que hoy se llama un *Centro Médico* y en el cual dentro de un radio apretado se tienen todas las especialidades, dándosele al

tráfico de las personas la dirección más conveniente, pero siempre dentro de un cuerpo de edificio.

El segundo problema que se presenta en el planeamiento, es el que se refiere a la *Traumatología* en los medios obreros, que hoy significa, en cifras generales, 200.000 accidentes indemnizables en la República y no menos de 1.000 muertos. El traumatismo representa para la Higiene la sexta en el orden de las causas de muerte, y en materia de invalidez viene después de las cardiopatías, tuberculosis, reumatismo, con un 5 % de mutilaciones y alteraciones.

Es necesario que la ilustración médica de los *Post-Graduados* se oriente en el sentido de la cirugía, ortopedia y traumatología, por medio de escuelas que indiquen normas de *Asistencia Preventiva* a toda esa masa de médicos de nuestro interior, muchos de los cuales, desligados de los medios científicos, actúan a menudo con gran empirismo, ensayando técnicas que en los grandes centros ya han sido dejadas de lado.

Cabe en esta materia un recuerdo, y es el caso de *Bohler*, que siendo médico de traumatología en las *Cajas Mineras de Bochoun*, en *Alemania*, fué llevado antes de la guerra de 1914 a dirigir el *Hospital de Accidentados de Viena*, y sus directivas fueron de tanta eficacia, que bajó de inmediato el coeficiente de invalidez en los traumatizados, del 20 % a menos del 1 %, con lo cual reditó con creces los costos del sistema de organización. Felizmente, algo semejante podemos presentar en nuestro país, tomando la organización que el *Profesor Lagomarsino* hizo para la *Sanidad Militar Argentina* y que puede servir de modelo.

Desgraciadamente, la ley 9.688, del año 1915, ha envejecido y no contempla el régimen *asistencial integral* de los traumatizados en los medios obreros. El *Señor Presidente de la Cámara Gremial del I.N.P.S., D. Ceferino López*, ya ha proyectado su reforma creando la *Caja Nacional de Accidentados*, por lo cual se plantearía de inmediato la creación de los *Institutos de Traumatología* en todos los núcleos del interior del país.

Al fundar un plan de *Asistencia Preventiva* para hacer la profilaxis de las causas invalidizantes, no podríamos hoy dejar de lado el incorporar a los futuros establecimientos una sección destinada a traumatología en todos sus aspectos integrales, vale decir, la *recuperación* del accidentado, y su *readaptación* al trabajo, llegándose hasta la provisión de prótesis e incluso la enseñanza profesional.

De allí que el plan de asistencia que se propone le dé importancia extraordinaria al planeamiento de las unidades a construirse y señale la ventaja de que pueda convertirse un monoblock, duplicando, cuadruplicando y aun decuplicando su capacidad, si se lo sabe planear en su núcleo primario de una manera inteligente.

LABOR DE LA COMISION MIXTA DESTINADA A APLICAR EL DECRETO LEY DE MEDICINA PREVENTIVA Y CURATIVA

Desde el 10 de Junio de 1946, en que por decreto del Excelentísimo Señor Secretario de Salud Pública de la Nación, fué creada la Comisión Mixta destinada a aplicar los decretos 30.656/44 y 16.200/46, ha venido funcionando dicha Comisión, bajo la presidencia del Sr. Ceferino López, Presidente de la Cámara Gremial del Instituto Nacional de Previsión Social.

Se ha realizado una tarea intensa de planeamiento de los organismos destinados a la profilaxis de la invalidez en los medios obreros de los afiliados a dicho Instituto. Se han confeccionado los presupuestos de gastos para las primeras inversiones, ya aprobados por la superioridad, lo cual permitirá en breve la instalación de un edificio central de catastro sanitario destinado a la Ciudad de Buenos Aires y sus alrededores, y el cual podrá proyectarse en los 49 centros del interior del país, que cuentan en la actualidad con una instalación de Rayos X.

El centro destinado a la Capital Federal y sus alrededores se propone realizar 1.000.000 de exámenes anuales, lo cual representa un promedio de 4.000 diarios. Ya se han confeccionado la Historia Médica standardizada y las instrucciones destinadas al cuerpo médico.

Sin duda el aspecto asistencial es el más difícil, porque realizar Profilaxis por el Tratamiento exigirá atender, entre enfermedades mayores y menores, unos 500.000 casos en el país, incluyéndose en éstos el cuidado dental, que puede ser centro de entrada de infecciones crónicas.

Además de esa labor, la Comisión Mixta realiza el nuevo planeamiento legal para las modificaciones de la ley 9688, que legisla sobre Accidentes de Trabajo, y la ley del Seguro de Maternidad, que ampara a las madres obreras. Ambas leyes serán modificadas en el sentido de hacer una prestación médica integral: curativa y profiláctica.

OBRAS DEL PRIMER PLANEAMIENTO

Vamos ahora a proyectar en ley de grandes números, cuáles construciones deben ser autorizadas desde ahora, sin más dilación, teniendo en cuenta lo antedicho y el criterio que expondremos de inmediato.

El problema que se plantea es el de saber si para el *Conglomerado Bonaerense* son más convenientes las grandes concentraciones sanatoriales o su distribución por zonas. Damos por aceptado que el hospital de 1.500 camas es el más económico de todos, y lo es también, dentro de las necesidades, aquel que más se aproxima a ese número.

En las obras del primer planeamiento, hecho para el catastro radiológico y sanitario de la Capital Federal y sus alrededores, hemos aceptado concentrar en uno o dos grandes núcleos esta primera *Medicina de Orientación*. Es evidente que venir una vez en el año de Sarandí o de San Martín o de Vicente López, o de un punto dentro de la *Gran Buenos Aires* hacia el centro de la ciudad, no es un problema, y si ese examen es hecho también en horas fuera de las habituales del trabajo, casi más que una obligación puede ser un paseo para el obrero: se trata de una vez al año.

Pero diagnosticado un caso de *lúe* o de presunta bacilosis y ordenada una medicación inyectable activa, no es presumible que deban venirse día por medio desde esa distancia para su tratamiento. Hay que disponerle el *Centro Médico* lo más cerca posible de los medianos núcleos de población, o, en otras palabras, *hay que descentralizar la asistencia en Medicina Preventiva*, si es que queremos que ella sea hecha con comodidad y no resulte el tratamiento una carga más impuesta a la salud.

Como el conglomerado bonaerense cuenta con 1.000.000 de afiliados, habrá que construir de entrada 3.000 camas para esta asistencia. Se proponen, como medida indispensable, concentrar 1.500 camas en una zona bien céntrica y accesible a la capital, para aquellos casos de alta clínica y de madurado tratamiento. Pero habrá que distribuir las otras 1.500 en los núcleos más densos de población que rodean a la Capital y cuya propuesta se formula más abajo.

Estos núcleos serán de inmediato centros de asistencia no tan sólo de «horizontales» sino también de «verticales», para emplear la expresión gráfica de los textos americanos con que señalan los enfermos internados y los atendibles en los dispensarios, o sean nuestros *Consultorios Externos*.

Mil quinientas camas distribuídas en los siete centros que se proponen más adelante, serían otros siete núcleos para atender los bacilosos que puedan ambular; otros siete núcleos donde también podrá después descentralizarse el *Catastro Abreu* para ser realizado anualmente; otros siete núcleos que cuentan con un *Instituto de Traumatología* que atienda para la futura ley de Accidentes de Trabajo los mencionados dentro de la zona y puedan curarse cerca de sus domicilios, sin necesidad de hacer un raíd diario hasta una zona central alejada; y al fin, otros siete núcleos de maternidades (y dispensarios de ginecología para las obreras) colocados cerca de las residencias de sus familias.

El problema de la tuberculosis para el *Conglomerado Bonaerense* exige disponer de 1.500 camas, las cuales pueden concentrarse en un gran establecimiento especializado, sin tomar en cuenta los que podrían internarse en los núcleos periféricos arriba señalados. El gran sanatorio central sería siempre para los recu-

perables, pero dentro de los graves y bacilíferos y aquellos que necesitan la gran cirugía torácica de nuestros tiempos. Los núcleos de barrio serían para casos no bacilíferos y menos graves, pero a los cuales conviene un reposo absoluto y una observación permanente. El tener en esos *Núcleos Periféricos* un grupo de especialistas, sirve para atender el *Ambulatorium* de enfermos del pulmón de la zona, y hacer con su *Servicio Social* la vigilancia sanitaria en el domicilio de los pacientes de las inmediaciones.

No se puede rechazar la idea de contar con los dos tipos de organismos asistenciales: uno, el de la gran asistencia, en el gran hospital especializado y al cual concurrirá por una ley de atracción ineludible toda esa masa dispersa de enfermos de los pueblos situados hasta 300 km. de la Capital Federal, los cuales, entre ir a Pergamino o a Tandil o a otras grandes concentraciones del interior, preferirán venir a sanatoriarse a esta Capital. Al calcular, pues, las 1.500 camas destinadas al problema de la tuberculosis de la *Gran Buenos Aires,* no debemos restarle ni una sola de las que dispondremos como cama de emergencia en los *Núcleos Periféricos,* dado el factor rural argentino que descargará sobre la Capital Federal.

En cuanto a la *Maternidad,* es viable la idea de instalar un *Instituto de Maternidad* también central y que se calcula de 800 camas destinadas a las obreras y empleadas adscriptas al I.N.P.S. Pero hay que tener un criterio social tanto como médico, tratándose de maternidad.

El factor negativo con que han tenido que luchar las cajas de seguro social en materia de ginecología y maternidad, *es que la madre elude la internación por no abandonar su hogar,* y éste es un problema en los medios obreros, y más tratándose de mujeres con hijos menores de seis años, que son siempre una carga para cualquier familia que los tome. El problema ha sido resuelto en algunas cajas de Alemania, enviando una *Mucama Social* al domicilio de la paciente, para que reemplace a la madre en las horas del día, mientras el padre está en el trabajo. Tanta importancia tiene este Servicio Social, que tan sólo las Usinas *Krupp,* de Essen, tenían 64 de éstas en 1926.

Es necesario descentrar las maternidades de Previsión Social, construyendo una central con 400 camas, con vistas a una inmediata ampliación y repartir las otras 400 en los núcleos periféricos anexando a las mismas un *Kindergarten.* La madre vendría así en su momento crítico a internarse con uno o dos infantes menores de seis años, con lo cual perdería la sensación de aislamiento al internarse. Reemplazaríamos así de una manera barata y más lógica el sistema de las *Mucamas Sociales,* cuyo trabajo es de muy difícil control, siendo éste el aspecto criticable del sistema. Haríamos de nuestros *Institutos de Maternidad* la verdadera *Casa de la Madre,* tal cual se proyectó en Francia. Se intro-

duciría así un concepto más social a nuestras maternidades y les daríamos un aspecto más fraternal y hogareño que esas grandes construcciones frías que son en la actualidad las grandes instituciones.

El hecho de estar el edificio dentro del barrio mismo en que vive la obrera, contribuirá a darle ese sentido amistoso que tienen los *Hospitales Vecinales* y *Rurales* y que se pierde en los grandes establecimientos hospitalarios. Justamente, la crítica que se le hace al gran hospital y en especial al monoblock, es que se atiende enfermedades y no enfermos, o, en otras palabras, el hospital grande pierde el alma fraternal: se les dice en Alemania que son hospitales «desalmados».

Felizmente este criterio de Maternidad Vecinal es compartido por dirigentes obreros a los cuales se les ha expuesto esta manera de pensar, y de allí que en el planeamiento que se formula vaya en primera línea.

En total, y como organismos centralizados:

Policlínico Médico-Preventivo, de 1.500 camas

Sanatorio-Hospital (para tuberculosos, de 1.500 camas)

Maternidad, 400 camas

Instituto Médico-Quirúrgico, ya instalado, de 180 camas para cirugía, traumatología y ortopedia preventiva.

NUCLEOS PERIFERICOS

Los núcleos periféricos que se proyectan para los alrededores de la *Gran Buenos Aires* han sido tomando las poblaciones estimadas de acuerdo al *Censo Industrial* de 1935: se entiende que dichas cifras han sido duplicadas porque la población industrial se ha duplicado también en estos últimos diez años, y a su vez, se vuelve a duplicar para que entren en ellos los *empleados de comercio,* que son una cifra equivalente a los industriales, y además todos los afiliados de las demás cajas, sin contar la masa ferroviaria, que tiene un régimen propio asistencial. No hay otra manera de hacer el cálculo que ésa, desde que los afiliados actuales a las Cajas no están señalados por distritos o circunscripciones, y las *Cajas de Empleados de Comercio* e *Industriales,* aun no han sido organizadas.

NUCLEO AVELLANEDA:

Abarcaría hasta *Gerli* por un lado y *Sarandí* y *Dock Sud* por otro; le corresponde un Policlínico de 300 a 500 camas, al cual habría que agregarle 100 camas de maternidad y 150 de tuberculosis. Se deja de lado en estos planeamientos la parte de traumatología, por no estar aún resuelta, y que con el criterio de ampliación de los monoblocks antes expuesto, vendrá a debido tiempo.

En total: un *Centro Médico* entre 550 y 750 camas.

NUCLEO «REMEDIOS DE ESCALADA»:

Abarcaría por el Sud hasta *Lanús* y por el Norte hasta *Témperley,* correspondiendo a una población obrera de 30.000 afiliados. Siguiendo el criterio antedicho, le correspondería para policlínico entre 80 y 130 camas. Habría que agregar 30 camas para maternidad y 45 para tuberculosos. Serían entre 135 y 240 camas.

NUCLEO «VALENTIN ALSINA»:

Tomaría este núcleo, además de su zona, la parte Oeste de *Lanús* y también *Nueva Pompeya* y *Parque Patricios,* lo cual representa una población de 75.000 afiliados, con 10.000 obreras. Le corresponde así un policlínico entre 225 y 375 camas, a las cuales habría que agregar 50 para Maternidad y 110 para tuberculosis.

En total: un monoblock entre 385 y 555 camas.

NUCLEO OESTE «LINIERS»:

Este grupo tomaría la población de la Capital que rodea a *Liniers* y, además, *Vélez Sársfield,. Ciudadela, Ramos Mejía,* y por el Sud, *Villa Lugano.*

Le corresponde una policlínica entre 110 y 185 camas para una población de 37.000 afiliados, a los cuales habría que agregarles 40 camas para maternidad y 60 para tuberculosis.

Corresponde en total entre 210 y 285 camas.

NUCLEO NORTE «BELGRANO»:

Le corresponde una población de 40.000 afiliados, incluyendo los provenientes de las localidades vecinas, como *Vicente López* y *Olivos.* Le corresponde para policlínica entre 120 y 200 camas, debiendo agregársele 40 para maternidad y 60 para tuberculosis. En total: entre 200 y 300 camas.

NUCLEO «QUILMES»:

Abarca una población de 25.000 afiliados, comprendiendo las localidades vecinas de *Bernal* y *Berazategui.* Le corresponde para policlínica entre 75 y 125 camas, debiendo agregársele 15 para maternidad y 40 para tuberculosis. En total es entre 120 y 380 camas.

NUCLEO «SAN MARTIN»:

Abarca una población afiliada de 10.000, debiendo corresponderle para policlínica entre 30 y 50 camas. Se podría disponer una pequeña clínica para maternidad y ginecología, de 15 camas, más otras 15 para afecciones pulmonares, todo lo cual hace una pequeña policlínica de entre 60 y 80 camas.

CAPITAL FEDERAL Y SUS ALREDEDORES
(TOTAL)

Criterio mínimo:
1.700 camas

Criterio máximo:
2.400 camas

PLANEAMIENTO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Si exceptuamos la ciudad de *La Plata,* que concentra una población de 50.000 afiliados, la de *Bahía Blanca* con 20.000, la de *Junín* con 12.000 y las de *Olavarría* y *Mar de Plata* con 10.000, el resto de la provincia se caracteriza por pequeñas localidades, en que las mejores tienen una población alrededor de 5.000 afiliados, las medianas (que son las más), alrededor de 1.000, y hay un semillero de ciudades con menos de 500 afiliados.

El primer planeamiento, vale decir, aquel que importa construcciones monumentales, sólo corresponde tomarlo en cuenta para las primeras ciudades enumeradas, y en particular, para el problema de la tuberculosis. Como he dicho anteriormente, casi todas las localidades cuentan con un pequeño hospital de caridad, administrado celosamente por comisiones locales, o cuenta con pequeñas salas provinciales o municipales, las cuales deberán ser los núcleos sanitarios que debemos reforzar, pues no sería posible hacer un hospitalito para necesidades mínimas. Así lo ha resuelto, por ejemplo, Y.P.F. en la localidad de *Campana,* donde tiene un núcleo obrero de importancia; construyó 15 camas en un pequeño pabellón anexo al hospital, cuyo personal lo paga de su presupuesto, y abona a su vez al hospital los gastos de alimentación, lavadero, etc. Desde el punto de vista administrativo depende de la dirección del hospital.

Tan pronto tengamos el catastro hospitalario de cada una de las ciudades del interior, por el cual sepamos los elementos de que disponen y los que debemos suministrarles, de acuerdo a los términos de la nota que se adjunta en el *Addemdum,* estaremos en condiciones de saber las necesidades reales de ese gran semillero de pequeñas poblaciones industriales, a las cuales no se puede dejar desamparadas.

Adelantando ideas, diremos que a una comuna rural que abarque una población afiliada de 1.000 obreros y empleados, le corresponderá atender 4 personas diarias (calculando 250 días de trabajo) para el *Examen Médico Periódico.* Como este examen será hecho en una *Ficha de Salud* cuya redacción minuciosa ya contamos, el médico nos dirá en un lenguaje «standardizado» las alteraciones que encuentre, y si estadísticamente son menores de las que esperamos; se impondrá vigilar al médico, porque los exámenes han sido superficiales.

De acuerdo a la estadística del *Seguro de Vida,* en que nos dice que sobre 1.000 personas de una población normal hay 70 no asegurables, y 80 asegurables con un riesgo tarado, ya sabemos que tendrá que tener en vigilancia de los 1.000 examinados anualmente, a 150. De éstos tendrá:

Tuberculosis radiológica	2 %	20
Cardiopatías	1 %	10
Reumatismo	2 %	20
Lúes	4 ‰	4
Otros	2 %	20
Total		74

Vale decir, que tendrá que tener 74 catastros en vigilancia permanente y tendrá que dejar constancia del trabajo que realice en fichas especiales que a ese efecto ya hemos redactado.

De acuerdo a las estadísticas de las *Cajas de Enfermedad,* sobre 1.000 de una población obrera corresponden al año entre 3.632 y 5.789 visitas médicas, lo que equivale decir en cifras redondas, para 1.000 de una población afiliada le corresponde unas 4.000 visitas anuales. Calculando los 250 días de trabajo al año, ello representa unas 16 visitas diarias, que sumadas a las 4 del examen periódico anterior, le corresponde 20 atenciones médicas diarias.

En cifras redondas y tratándose de *Medicina Preventiva,* para 1.000 de una población afiliada se requiere el trabajo de un médico permanentemente, si es que quiere hacerse el trabajo concientemente. Un subsidio de $ 10 por afiliado, anual, significarán reforzar al hospital de la zona con $ 10.000 anuales, con lo cual el hospital podrá pagar cómodamente todos los servicios médicos que le imponemos, y todavía dentro de su pobreza extender su caridad hasta la familia del obrero.

Cuando se sigue el trabajo de estos *Hospitales de Vecindad,* y se ve el celo caritativo de sus comisiones directivas, así como el desprendimiento de sus socios benefactores, no puede menos que admirarse de pensar con qué economía realizan su gran función de soliviar el dolor y cuánto le representa para ellos los menguados subsidios nacionales que oscilan alrededor de $ 5.000 y que en muy contadas ocasiones llegan a $ 10.000. Un subsidio de *Medicina Preventiva* de $ 10.000 al año para tener la vigilancia de 1.000 afiliados de su zona, significará para esas unidades una inyección de optimismo y de holgura que siempre la verán como una bendición.

Se impone desde ya contar con una central para que concentre y dirija esas 500 unidades sanitarias que tendremos que disponer y las cuales demandarán un trabajo técnico y administrativo de cuyo celo depende el éxito final de la obra.

Lo que decimos para la *Provincia de Buenos Aires* lo hacemos extensivo desde ya para todo el país.

Pero queda aún un punto muerto, que es el de las pequeñas localidades con 100 ó menos afiliados y separados de los centros poblados por 30 ó 50 kilómetros. Nombraremos algunas: Cañuelas, 180 afiliados; Carhué, 92; Carlos Casares, 74; Carmen de Areco, 103; Carmen de Patagones, 110; Castelli, 37, etc. Control sanitario de esa masa dispersa será siempre el punto muerto en todo planeamiento: representan casi el 40% de la población total de la *Provincia de Buenos Aires,* colocada en localidades de menos de 500 afiliados, y las más o menos de 300.

No queda otra solución para ese problema (tanto en esa provincia como en todas las demás) que la de proveer desde ya de *Equipos Móviles,* que pueden entrar de inmediato en funcionamiento, tanto para el *Catastro Sanitario* como para la *Curación Preventiva.*

Siguiendo las líneas de planeamiento expuesto para la Capital Federal, corresponde desde ya planear para la Provincia de Buenos Aires los núcleos que demandan un hospital o una sala de más de 15 camas. Los enumeraremos.

NUCLEO «LA PLATA»:

Abarca las laboriosas poblaciones de *Tolosa* y *Ensenada,* así como la convergencia de varias líneas ferroviarias y camineras, teniendo una población afiliada que oscila alrededor de 50.000. Le corresponde por lo tanto una policlínica entre 150 y 250 camas. Hay que agregarle 50 camas para maternidad y 75 para tuberculosis. Como se trata de un centro de importancia, se sostiene el criterio de tomar el tope máximo y doblar el número de camas, tanto en tuberculosis como en maternidad, dado que va a ser un centro de atracción, tanto más cuanto que cuenta con una *Universidad,* y la dirección técnica de esas salas tendremos que ofrecerlas desde ya a la *Facultad de Ciencias Médicas de La Plata.* Tendrá así 250 camas de policlínica; 100 en maternidad y 150 de tuberculosis, o sea 500.

NUCLEO «JUNIN»:

Tanto *Junín* como *Rojas* y *Pergamino,* cuentan con muy buenos hospitales locales, a los cuales se les puede agregar una sala para las atenciones locales inmediatas. Sin embargo, convendría en una de esas tres ciudades hacer un pequeño *Centro Médico,* tanto más cuanto que habrá que concentrar en un *Sanatorio* especial la atención de la tuberculosis del Norte y Oeste de la *Provincia de Buenos Aires,* lo cual podrá hacerse anexando un pabellón modelo al *Hospital de Tuberculosis Provincial de Pergamino.* El *Centro Médico* del *Oeste* abarca una población afiliada de 20.000, por lo cual le corresponderá un hospital de 150

camas, de las cuales 10 para maternidad y 30 para afecciones del pulmón: se propone acá también el criterio máximo, por tratarse de un núcleo de concentración. Las 30 camas de tuberculosis habrá que disponerlas, a pesar de que luego se destinen otras para un *Sanatorio de Erfermedades del Pulmón*: el criterio que se ha tenido en nuestro país en cuanto al número de camas para tuberculosos es erróneo. Sabemos que en EE. UU. ya están en nuestros días contando con 6 camas por 100.000 de población para ese mismo servicio, con lo cual han conseguido disminuir su mortalidad tuberculosa de 150 a 50 en veinte años. Todo lo que se proyecta para tuberculosis será siempre poco, de modo que lo propuesto no debe ser considerado con un sentido estricto.

NUCLEO «OLAVARRIA»:

Abarca una población afiliada de 10.000, por lo cual le corresponderá contar con 70 camas, teniendo ambientes para maternidad y agudos pulmonares no bacilíferos.

NUCLEO «MAR DEL PLATA»:

Hasta 1935 se estimaba en esta zona en 10.000 la población de obreros y empleados que podrían corresponderle a *Previsión Social*. El progreso edilicio e industrial tan extraordinario que ha tenido, permite hoy suponer que abarca una población de 30.000 afiliados (sobre todo en las épocas veraniegas), pues, va a concentrar toda la atención de los pueblos vecinos hasta un radio de 100 kilómetros, ya que cuenta con espléndidos medios de comunicación. Le corresponderá para policlínica entre 100 y 150 camas, debiendo agregársele una maternidad de 20 camas y 50 para tuberculosos. En total: un pequeño hospital entre 170 y 220 camas.

OTROS NUCLEOS:

Quedan para un segundo planeamiento zonas como Campana, con 5.000 afiliados; Azul, con 4.000; Tandil, con 6.000; Las Conchas, con 6.000, etc., en todas las cuales habrá que disponer de una sala con 20 camas en cada uno, pero cuyo planeamiento será posible hacer sólo una vez que tengamos el catastro hospitalario, que ya el *Sr. Ministro de Salud Pública* ha dispuesto para este efecto.

EL PROBLEMA DE LA TUBERCULOSIS:

El problema de la tuberculosis merece capítulo aparte, desde que contando la *Provincia de Buenos Aires* con una población afiliada de medio millón de habitantes, ya le correspondería por ese solo hecho disponer entre 750 y 1.000 camas solamente para tuberculosis.

Felizmente lo más denso de su población corresponde a los alrededores de *Buenos Aires,* y será el gran *Instituto* que se instalará en esta Capital la zona de atracción para el conglomerado bonaerense, que se extiende desde *San Fernando* hasta *Quilmes* y *Lanús,* con una población afiliada de más de un millón de habitantes.

El núcleo arriba proyectado de *La Plata* será también sin duda de gran atracción para toda la zona Nor-Este de la provincia, cuyos casos graves van a concentrarse.

Como hemos dicho más arriba, cada uno de los pequeños *Hospitales Vecinales* de las 200 localidades de la provincia tendrán que aceptar los casos de bacilíferos (solamente agudos) que a raíz de hemóptisis u otro accidente se imponga su internación, para que luego de puestos fuera de peligro sean remitidos a los grandes centros. Sin embargo, en materia de tuberculosis habrá que disponer de tres grandes núcleos, que se pasa a señalar:

NUCLEO «BAHIA BLANCA»:

Le corresponderá a esta zona contar con un sanatorio especializado de 50 camas, dada la población que abarca y ser un centro de influencia ferroviaria: tendrá, pues, a su cargo, el control de 500 enfermos que han de concentrarse en la misma.

NUCLEO «TANDIL»:

Tendrá que concentrarse en un sanatorio de más de 50 camas todos los enfermos de la costa, que es, por cierto, mala para asistir la tuberculosis pulmonar; me refiero a *Tres Arroyos, Necochea, Mar del Plata,* etc. A su vez, será el sitio de concentración de todo el centro de la provincia de Buenos Aires y centro-oeste, entre las cuales cuenta localidades como Olavarría, Azul, etc.

NUCLEO «PERGAMINO»:

Corresponde a lo señalado más arriba y deberá contarse también con un establecimiento especializado (o un pabellón dentro del Hospital Provincial), de 50 camas.

TOTAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Criterio mínimo:	Criterio máximo:
1.140 camas	1.220 camas

PROVINCIA DE SANTA FE

El planeamiento asistencial para esta provincia adolece de las mismas características de la Provincia de Buenos Aires, es decir, que concentra en un gran núcleo, Rosario, la mayor parte de su población afiliada. Presenta otro gran núcleo, Santa Fe, que es la cuarta parte, en importancia, del anterior. Los demás es población dispersa en pequeños centros cuya solución aquí tam-

bién, son los pequeños hospitales de caridad y provinciales, que han sido la avanzada de la sanidad argentina.

Cuenta en la actualidad con un millón ochocientos mil habitantes, habiendo censado en 1935 una población de 51.000 personas, lo que representa el 9% de la población de obreros y empleados industriales del país. Puede estimarse en la actualidad en 200.000 la población afiliada al I.N.P.S. Le corresponde entre 600 y 1.000 las camas a destinarse para policlínico, y unas entre 300 y 400 las camas destinadas a la atención de la tuberculosis. Desarrollaremos el plan con el mismo concepto hecho para la Provincia de Buenos Aires.

NUCLEO «ROSARIO»:

Concentra una población afiliada que puede estimarse en 100.000, por lo cual importa instalar un policlínico entre 300 y 500 camas y un pequeño hospital para la tuberculosis, de 150 camas, el cual deberán atender 1.500 enfermos: conviene de esta manera aislarlo de la policlínica como un centro especial. Deberá contar también con una maternidad de 50 camas (que hará también el servicio de ginecología) para atender los 1.000 partos que corresponden al año a la población afiliada de esa zona.

NUCLEO «SANTA FE»:

Corresponde a una población afiliada estimada en 20.000, que sumados a los 8.891 ferroviarios y a las poblaciones vecinas que confluyen, alcanza a una población de 30.000. Le corresponderá una policlínica entre 100 y 150 camas, debiendo agregarse 50 para tuberculosis y 30 de maternidad, todo lo cual hace un total entre 180 y 230 camas.

OTROS NUCLEOS:

En el interior de la provincia, núcleos de alguna importancia como *Reconquista,* con 3.500; *Villa Guillermina,* con 1.500; *Villa Ana,* con 1.200; *Castellano,* con 1.800; *Vera,* con 1.300; son los únicos importantes a señalar. Todos los demás tienen menos de 1.000, y muchos no llegan a 200. Felizmente, contamos con una red de hospitales admirable, muy mejorada en los últimos tiempos por las leyes provinciales, que los han multiplicado y de los cuales estamos levantando el catastro correspondiente.

PROVINCIA DE ENTRE RIOS

Esta provincia cuenta tan sólo con el 2,4% de la población afiliada a los medios industriales, y salvo la ciudad de *Paraná,* que abarca una zona de influencia de unos 15.000 afiliados de *Previsión Social,* las demás ciudades cuentan con un número inferior a 10.000, tales como *Concordia,* con 6.000; *Colón,* con 4.000; *Gualeguaychú,* con 5.000; *Concepción del Uruguay,* con 7.000, etc.

Corresponderá establecer *dos* grandes núcleos de influencia: uno *el núcleo Paraná;* otro, colocado sobre el *Río Uruguay,* aunque en esta zona va a ser más importante reforzar los hospitales locales con salas entre 20 y 30 camas. De cualquier manera, hay que contar desde ya con un planeamiento concentrado o disperso para policlínico y tuberculosis, entre 200 y 285 camas.

PROVINCIA DE CORDOBA

Gráficamente hablando, podríamos decir que toda la provincia de Córdoba es un hospital, porque por razones diversas se ha concentrado el plan asistencial de la tuberculosis, y a su vez las instituciones provinciales o particulares han hecho el resto. Córdoba tiene varios núcleos de interés, pero con poblaciones afiliadas que oscilan entre 1.000 y 3.000, tales como *Cruz del Eje,* con 1.000; *Colón,* con 3.000; *Marcos Juárez,* con 1.000; *Río Cuarto,* con 1.000; *San Justo,* con 4.000, etc. La admirable red de caminos y comunicaciones con que cuenta, permitirá derivar hacia la Capital todos los casos de alguna importancia médica ,teniendo la ciudad de Córdoba una zona de influencia de alrededor de 20.000 afiliados, lo cual representa una policlínica entre 60 y 100 camas. Habrá que tener acá el mismo criterio que se ha tenido para las ciudades capitales antes expuestas y tomar el criterio máximo como el mejor. La asistencia local tedrá también que ser derivada a todos los hospitales con que cuenta cada una de las ciudades del interior, salvo lo que se refiere a la lucha contra la tuberculosis, para la cual tendremos que contar con un gran sanatorio que concentre todos los casos a los cuales haya que hacer una cura climática de montaña y puesto al servicio del I.N.P.S. para derivar a ese Instituto enfermos de toda la República.

OTRAS PROVINCIAS

Saliendo de la zona provincial del litoral, las demás provincias argentinas tienen su población afiliada sumamente dispersa y para ellas únicamente corresponde un pequeño pabellón a construirse en las ciudades capitales, dentro de los ya allí existentes y disponer de los *Equipos Móviles* cuya nómina al final enumeramos.

Tucumán: 100 camas.
Santiago del Estero: 60 camas.
San Luis: 30 camas.
Mendoza: 125 camas.
Salta: 40 camas.
Jujuy: 30 camas.
Corrientes: 40 camas.

Catamarca: 30 camas.

San Juan: 30 camas.

Necesitan en total entre 825 y 920 camas.

SANATORIO DE CORDOBA

El *Instituto Nacional de Previsión Social* pierde al año 3.000 afiliados muertos por tuberculosis; tiene actualmente jubilados por dicha enfermedad 3 veces más inválidos que la cantidad de muertos, o sea 9.000, y cuenta, trabajando aunque enfermos, 30.000 personas en la República. Esas solas cifras dan una idea de la magnitud del problema.

Según una memoria de la Caja Ferroviaria (ley 10.650), un inválido que se muere le cuesta a la Caja $ 11.000 en concepto de invalidez y pensiones; si el inválido vive, le cuesta $ 36.000. Tomando el simple criterio de los muertos al año, la sola tuberculosis le representa al I. N. P. S. $ 33.000.000 anuales, cifra ésta que ya dice que todo lo que se invierta en combatir esta enfermedad será siempre bien redituante.

La cifra de 3.000 muertos al año ya indica la necesidad de contar con 3.000 camas para esta sola lucha, y dado el plan de distribución que hemos hecho habrá que agregar ahora un sanatorio serrano de 1.000 camas que se impone ir construyendo desde ya y debe entrar como punto importante dentro de este primer planeamiento.

EQUIPOS MOVILES

Sobre esta materia no cabe ninguna discordancia, tenemos ya presupuestos que nos dicen que la adquisición de cada uno de ellos con su instalación de Rayos X portable, instrumental etc., representa $ 100.000.

De acuerdo al estudio del planeamiento le corresponde dos equipos a la provincia de Buenos Aires y dos a la de Santa Fe y uno a cada una de las restantes provincias, con lo cual se completaría la suma de 16 equipos móviles. Se excluyen en este planeamiento los territorios nacionales que exigirán en un segundo planeamiento, cada uno un equipo a la vez.

ADEMDUM: N.º 1

Criterio del planeamiento hospitalario:

Aún cuando los detalles del planeamiento hospitalario tienen que ser motivo de un celoso estudio para cada caso en particular (pero no tanto que no sepamos que es lo que hay que hacer y como debe hacerse) se expondrá el criterio que deberá tenerse, a los fines de pensar que toda policlínica que se instale debe ser un núcleo de mampostería y de funciones que permitan engranar

todo ensanchamiento futuro, y desde ya anexarle los servicios de Maternidad y de Tuberculosis, y esperamos que en poco tiempo lo sean también los relacionados con la Traumatología.

Antes de entrar en algún detalle diré que tienen importancia especial como causa de invalidez los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, pues determinan el 5 % de las causas prematuras de la pérdida de capacidad de trabajo. Si no bastara esa razón, está la otra que es la reforma de la Ley 9.688, que deberá hacerse de inmediato para colocar la asistencia del traumatizal dentro del concepto integral que debe tener y cuyos fundamentos son el origen de una tesis propiciando la *Caja Nacional de Siniestros,* publicada en el año 1942 y que ha sido tomado su proyecto como base por la Cámara Gremial del I. N. P. D.

En el año 1935 para una población obrera de 240.000 se produjeron 45.000 accidentes denunciados; 247 mortales; 15 con invalidez absoluta y permanente; y 1.721 con invalidez parcial y permanente. Estas cifras son para la Capital Federal y por lo tanto tienen un valor de índice de primera importancia.

Tenemos así que para 10.000 obreros de una población mixta de nuestro país, hay por año 1.870 accidentes denunciables; 10,3 mortales; 0,8 con invalidez absoluta y permanente, y 49 con invalidez parcial y permanente. Puede decirse que por cada 10.000 obreros hay 60 accidentes graves por año que exigirán internación. Se calcula que un accidentado (las fracturas representan el 33 % de los accidentes graves) ocupa una cama 60 días, lo cual equivale a decir, que cada cama será ocupada por 6 accidentados al año. Si por cada 10.000 afiliados se producen 60 casos de accidentes graves y una cama sólo puede atender 6 personas, se deduce que por cada 10.000 afiliados se necesitarán 10 camas permanentes, o sea, una cama por cada mil.

Dada la inminencia de la reforma de la Ley 9.688 es necesario sentar como principio inmediato el de que en el nuevo planeamiento para Medicina Preventiva se tome el criterio máximo desde ya, de 5 camas por cada mil afiliados, cargando el costo de una de ellas a la futura Caja Nacional de Siniestros. Con ello entraríamos de lleno a esta obra asistencial, sabiendo que el accidentado puede asistirse en un servicio de policlínica.

En el planteo del número de camas para Maternidad hemos visto que fuera de la Capital Federal, La Plata y Rosario las nenecesidades son mínimas en los distintos núcleos señalados, por lo cual creemos que desde ya no cabe otro criterio que el agregar ese servicio como una sala especial en las construcciones a efectuarse dándosele una entrada y un tráfico interior aparte.

El criterio de que las construcciones puedan crecer en altura y en extensión, depende del planeamiento de la planta así como del terreno de que se disponga desde el primer momento a su alrededor. Todo monoblock puede crecer en altura y en anchura

duplicándose, triplicándose y decuplicándose con los anexos a colocar en las extremidades de manera que tienda a disponerse lo más cercano posible en figura a una cruz, de modo que las extremidades estén lo más cerca posible de un centro geométrico. Hemos de evitar esta vez los hospitales chatos y largos, con plantas rectangulares de 150 o más metros que exigen al personal que debe recorrerlo hacer una larga caminata diaria (tipo Hospital Militar Central o tipo Hospital Churruca). Al arquitecto le hemos de dar como única función la de que guarde la única cosa que un monoblock debe tener, y es su simetría, hasta por razones sísmicas. Pero hemos de librarnos de ese imperio de hacer lo que los alemanes llaman «Wurzkrankenhuas», o sea, traducido literalmente, «hospitales en salchicha». Este tipo de planeamiento no permite ampliaciones de ninguna clase como las que no sean en altura, la que también tiene un límite desde que la movilización en tráfico vertical cuesta mucho.

FINANCIACION DEL PRIMER PLANEAMIENTO

Hasta antes de la crisis de valores que representó la última guerra, calculábamos que el planeamiento de una cama hospitalaria representaba $ 5.000 a los cuales había que agregarles $ 1.000 por cada cama para alhajamiento.

Los cálculos han cambiado y tenemos que en el Policlínico Central proyectado por decreto N.º 14.533/44 destinado a la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferro-1945, pág. 56) se ha destinado la suma de $ 7.000.000 para construir 500 camas, lo cual representa un costo de $ 14.000 por cama. Dejando como un cálculo optimista que aún siga costando 1.000 pesos el alhajamiento de una cama, podemos decir que la suma de $ 15.000 por cama es un cálculo real.
mos las siguientes cifras:

Sumando el total de las camas proyectadas más arriba tenemos las siguientes cifras:

PRIMER PLANEAMIENTO PARA TODA LA REPUBLICA

	Criterio mínimo	Criterio máximo
	5.345 camas	6.475 camas
	80.175.000	$ 97.125.000
Equipos movibles	1.600.000	$ 11.600.000
	81.775.000	$ 108.725.000

ADEMDUM N.º 1

Elemento de comparación en el plan asistencial

Para comprender lo ajustado con que ha sido hecho el cálculo del primer planeamiento que antecede vamos a señalar lo invertido por la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios hasta el año 1945; es como sigue:

Policlínico Central (a construirse)	7.000.000 $
Hospital Regional Alta Gracia	110.000 »
» » Santa Fe	625.000 »
» » Salta	250.000 »
» » Tucumán	1.050.000 »
» » Córdoba	582.000 »
» » Villa Mercedes	713.000 »
» de Junín	1.220.000 »
Consultorios de Tafí Viejo	80.000 »
Sala de Primeros Auxilios Volcán	20.000 »
Lucha Antituberculosa: ampliación de obras ..	250.000 »
Dirección General	182.000 »
Edificio Hospital Buenos Aires	300.000 »
	12.382.000 $
Patrimonios según balance al 31|12|45	3.100.000 »
	15.482.000 $

En la actualidad el plan no está completado según se lee en dicha memoria, ya que destinado como es a 130.000 afiliados, el número en la actualidad con 200.000 socios. Un plan equivalente para 2.800.000 afiliados se elevaría a la suma de 215.000.000 de pesos.

Si bien lo de arriba es un plan asistencial integral para un seguro de enfermedad, y lo propuesto para la Ley de Medicina Preventiva es al sólo efecto de evitar la invalidez, no cabe ninguna duda que lo calculado por nosotros, que no llega a $ 90.000.000, no es exagerado.

ADEMDUM N.º 2

¿Quién va a asistir a los afiliados?

Resuelto como está el Catastro Sanitario del Conglomerado Bonaerense veremos dentro de pocos meses funcionando los equipos «depuradores de la salud». Si consigue examinarse a 1.000.000 de afiliados (que es lo que se calcula) tendremos de entrada la siguiente población para tratar:

Cardiopatías puras (2 %)	20.000 enfermos
Tuberculosis radiológica (1 %)	10.000 »
» activa (1 %)	10.000 »

Reumatismales (6 %)	60.000	»
Bronquitis crónicas (1,4 %)	14.000	»
Hipertensión esencial (1,3 %)	13.000	»
Obesidad (1,4 %)	14.000	»
Nefritis parenquimatosa (0,76 %)	7.600	»
Sífilis nerviosa y otras (0,46 %	4.600	»
Nefroesclerosis hipertensiva (0,46 %)	4.600	»
Diabetes (0,33 %)	3.300	»
Afecciones gastro-intestinales (0,23 %)	2.300	»
Alcoholismo y derivados (0,23 %)	2.300	»
Otras enfermedades (1,3 %)	13.000	»
Total	178.700	enfermos

Estos coeficientes han sido obtenidos del examen hecho en salud de ferroviarios que han pedido créditos para edificación y se les han negado, o se les han acordado con limitación de plazo. Efectuando el catastro en la Capital Federal sacaremos del trabajo 7.000 afiliados en grave estado de invalidez para que se traten: los otros 171.800 habrá que atenderlos como enfermos «verticales» en los consultorios externos.

Según las cifras de asistencia promedio de una mutualidad, cada 1.000 socios representan 4.000 visitas al año, lo que equivaldría decir que en una «asistencia integral» esos 178.000 invalidizables exigirían unos 4.000.000 de visitas, asistencia, inyecciones, fisioterapia, etc. Sabemos que sólo atenderemos a los invalidizados. Aun desechando la cifra antedicha y reduciéndola a una cuarta parte tendríamos que atender 1.000.000 de consultas en 250 días normales del año; vale decir, 4.000 personas por día. ¿Hay en la Capital Federal establecimientos de cualquier orden que sean capaces de efectuar esa asistencia? Si no se planea esa asistencia de inmediato, el Catastro Sanitario será inútil, porque para averiguar cuántos invalidizables existen, ya lo sabemos sin dicho examen, la fría estadística lo hace conocer.

El Catastro Sanitario sin un sistema asistencial será una simple fórmula sin beneficio para la población y con un dispendio censurable.

CAPITULO XI

PROFILAXIS INTERNACIONAL

SANIDAD DE FRONTERAS Y DE LOS TRANSPORTES

Evitar el ingreso al país de enfermos infecto-contagiosos o mentales e impedir que los transportes sean vehículos de difusión de las enfermedades, es decir, hacer la Medicina Preventiva de la colectividad.

Es indispensable organizar, en el menor tiempo posible, y de manera integral, la defensa sanitaria de nuestras fronteras contra el movimiento de tráfico y tránsito internacional, en cuanto ellos puedan significar un peligro para la salud del pueblo.

Teniendo en cuenta que a nuestro país afluyen masas humanas de todas partes del mundo, aun desde regiones en las cuales existen, en forma alarmante, enfermedades pestilenciales; que ese peligro, distante en unos casos, se agrava ante la existencia de focos endémicos de esas mismas enfermedades, en las proximidades de nuestra frontera; que los medios de transporte actuales eliminan el factor tiempo y de distancia en la propagación de las enfermedades; que es indiscutible que ha de producirse un éxodo irregular en los países afectados por las consecuencias de la guerra y, sobre todo, el movimiento migratorio de los países vecinos, que se ha realizado hasta hoy sin un control adecuado, se hace imprescindible imponer un régimen sanitario estricto, en salvaguardia de la salud pública de nuestra patria.

Lo que disponemos actualmente para vigilar la sanidad de puertos, puede calcularse en 10; una vez cumplido el plan, que es de 90 en relación a lo existente, se habrá llegado a una organización más o menos suficiente.

HOSPITALES DE OBSERVACION Y AISLAMIENTO

Es necesario encarar la construcción de un hospital de observación y de aislamiento en todos los puertos de ultramar de la República, que estén o puedan estar en condiciones de recibir, para su ingreso al país, pasajeros, inmigrantes o no, procedentes del extranjero.

Es imprescindible que cada puerto argentino que reciba pasajeros del exterior cuente con un hospital donde puedan, momentánea o definitivamente, ser aislados aquellos que, en la visita sanitaria de entrada, se sospeche sean vehículos de gérmenes productores de enfermedades infectocontagiosas, o bien se compruebe estén ya enfermos.

Se evitará con ello el tener que atravesar la ciudad con los sospechosos o enfermos, en procura de sitios adecuados de aislamiento y exponiendo a la población al riesgo de ser contaminada. Por otra parte, se cumple así con las disposiciones del Código Sanitario Panamericano, hoy ley de la Nación, que establece, para los puertos de la Categoría A, la existencia de un hospital de aislamiento y su laboratorio anexo. Independiente de las funciones o del destino que, específicamente, ha de asignarse a este hospital de observación o aislamiento, resultará útil para prestar atención hospitalaria de urgencia —cuando así lo permita su capacidad—, a la población portuaria de tripulantes, estibadores y trabajadores de esa zona.

En ese sentido constituirá un elemento de colaboración hospitalaria y sanitaria de evidente finalidad práctica, sobre todo en los casos en los cuales sea conveniente el aislamiento de personas ajenas a los pasajeros o tripulantes de las embarcaciones.

En la actualidad se carece de ese establecimiento y se ha hecho sentir su falta en distintas oportunidades en que era imprescindible el rápido aislamiento de determinadas personas.

Siendo distinta la importancia y categoría de los puertos argentinos de ultramar a los cuales llegan barcos del exterior, en cuanto al tráfico y tránsito de pasajeros, es indudable que el carácter del hospital de cada uno de ellos deberá estar de acuerdo con esa importancia y categoría. Bastará, de conformidad con ese concepto, que en algunos sólo exista una estación sanitaria donde pudieran cumplir su misión los médicos encargados de las visitas sanitarias del puerto y del cuidado de la higiene del mismo.

Estos hospitales y estaciones deberán contar con un Dispensario Antivenéreo en coordinación con el organismo central de Lucha Antivenérea de la Secretaría de Salud Pública.

Puerto de Buenos Aires

(Categoría «A»)

I. Hospital de observación y de aislamiento; constará, como mínimo:

a) Consultorio externo completo;

b) Tres salas de observación y aislamiento, para hombres. mujeres y niñosá 20 camas c/u.;

c) Un laboratorio de bacteriología y anatomía patológica;
d) Una Sala de primeros auxilios y traumatología;
e) Una farmacia completa;
f) Lavadero y dependencias.

II. Dispensario Antivenéreo (Dispensario de Higiene Social), anexado al Hospital para el tratamiento de los tripulantes de los buques surtos en el puerto y la población del mismo.

III. Oficina de Médicos de Sanidad del Puerto.

IV. Dependencias para la Sección Saneamiento e Higiene portuaria.

V. Servicio de Desinfección y Desinfestación (Fumigación).

VI. Galpones para aparatos y estufas;
Garage para automotores;
Instalación para jauría completa.

VII. Para instalar, centralizando todos los servicios, las oficinas de la Jefatura de Sanidad de Fronteras y Transportes, en un piso, relativamente aislado.

Todas las instalaciones mencionadas precedentemente serán *construídas en un solo edificio.*

Teniendo en cuenta la extensión de la zona portuaria, es necesario instalar en cada extremo de la misma:

1 Estación para sede de los médicos de Sanidad encargados de la inspección sanitaria; del personal de contralor marino y, anexado, consultorio y pequeño dispensario.

Puerto de Rosario

(Categoría «A»)

I. Hospital de observación y aislamiento; constará, como mínimo:

a) Consultorios externos;
b) Tres salas, para hombres, mujeres y niños; 15 camas cada una;
c) Laboratorio de bacteriología y anatomía patológica;
d) Farmacia;
e) Oficinas y dependencias.

II. Dispensario Antivenéreo.

III. Servicios de desinfección y desinfectación (Fumigación).

Puerto de Bahía Blanca

(Categoría «A»)

I. Hospital de observación y aislamiento; constará como mínimo:

a) Consultorios externos;
b) Tres salas para hombres, mujeres y niños; 15 camas cada una;
c) Laboratorio de bacteriología y anatomía patológica;
d) Farmacia;
e) Oficinas y Dependencias.

II. Dispensario antivenéreo.
III. Servicios de desinfección y desinfestación (Fumigación).

Puerto de La Plata

(Categoría «A»)

I. Hospital de observación y aislamiento; constará como mínimo:
a) Consultorios externos;
b) Tres salas, para hombres, mujeres y niños; 15 camas en total;
c) Laboratorio de bacteriología y anatomía patológica;
d) Farmacia;
e) Oficinas y dependencias.

II. Dispensario antivenéreo.
III. Servicios de desinfección y desinfestación (Fumigación).

Estaciones Sanitarias de Puertos (Marítimos y terrestres)

Es necesario crear estaciones sanitarias en todos aquellos puertos que, no obstante no reunir las características de los puertos de la *Categoría* «A», están, sin embargo, en relación de tráfico y tránsito de pasajeros con el exterior, por el arribo a los mismos, de barcos de carga.

También es necesario crear estaciones sanitarias en los puertos fluviales que están en íntima relación con los puertos de países limítrofes, como así también en aquellos lugares (puertos terrestres) que son tránsito obligado para pasajeros procedentes de las repúblicas limítrofes del Paraguay, Bolivia, Chile y Brasil.

De acuerdo a esos conceptos, deberá dotarse de estación sanitaria a los siguientes puertos:

Río Gallegos, Mar del Plata, Quequén, Santa Fe, Corrientes, Pocito, Orán y La Quiaca.

Categoria «B»

I. Estación sanitaria, con oficina para la autoridad sanitaria.
a) Consultorio;
b) Sala de observación y aislamiento, para enfermos infecto-contagiosos, con *quince camas;*

c) Pequeño laboratorio y farmacia;

d) Local con elementos de tratamiento sanitario (Desinfección).

II. Dispensario antivenéreo.

En *San Nicolás, Clorinda, Puerto Iguazú, Concepción del Uruguay, Paso de los Libres, Uspallata, San Carlos de Bariloche, Ezeiza, Salta y Los Tamarindos (Mendoza).* Estos tres últimos instalados en los aeródromos aduaneros de tráfico internacional.

Se instalará:

I. Estación sanitaria, con las siguientes características:

a) Oficina para la autoridad sanitaria;

b) Sala para la observación y aislamiento para enfermos infecto-contagiosos, con *diez camas* cada uno;

c) Pequeño laboratorio y farmacia;

d) Local con elementos para tratamiento sanitario (Desinfección).

II. Dispensario antivenéreo.

No se dotará de este dispensario a las estaciones a instalarse en los aeródromos de *Ezeiza,* de *Salta* y de *Los Tamarindos.*

Zona del Delta

Las características de la zona del Delta, su numerosa población, el intenso tránsito local y de turismo y la carencia de elementos sanitarios que la protejan del peligro permanente en que vive esa población, alejada de los medios de defensa, obligan a dotarla de los servicios médicos que, por su importancia, necesita.

Ello obliga a estudiar la diferenciación del hospital que se proyecta, con los aconsejados para otras zonas del país.

I. Hospital para observación, internación y tratamiento de la población del Delta, con las siguientes características:

a) Consultorio;

b) Salas para internación de hombres, mujeres y niños, con *treinta camas en total;*

c) Laboratorio y farmacia;

d) Consultorio antivenéreo;

e) Oficinas y dependencias.

II. Instalar estación radiotelefónica para mantenerla en comunicación.

III. Cooperación con la aviación sanitaria.

RESUMEN DE LA DISTRIBUCION DE CAMAS EN LOS PUERTOS MARITIMOS FLUVIALES Y TERRESTRES.

(CATEGORÍA «A»)

Hospital Puerto Buenos Aires	60	camas
» » de Rosario	45	»
» » » Bahía Blanca	45	»
» » » La Plata	15	»
Total	165	camas

(CATEGORÍA «B»)

Estación Sanitaria Puerto de Río Gallegos	15	camas
» » Mar del Plata	15	»
» » Quequén	15	»
» » Santa Fe	15	»
» » Corrientes	15	»
» » Pocito	15	»
» » La Quiaca	15	»
Total	105	camas

(CATEGORÍA «B»)

Estación Sanitaria San Nicolás	10	camas
» » Clorinda	10	»
» » Concepción del Uruguay	10	»
» » Puerto Aguirre	10	»
» » Paso de los Libres	10	»
» » Uspallata	10	»
» » San Carlos de Bariloche	10	»
Estación Aeródromo Ezeiza	10	»
» » Salta	10	»
» » Los Tamarindos	10	»
Total	100	camas

Zona del Delta

Hospital de la Zona del Delta	30	camas
Total	30	camas

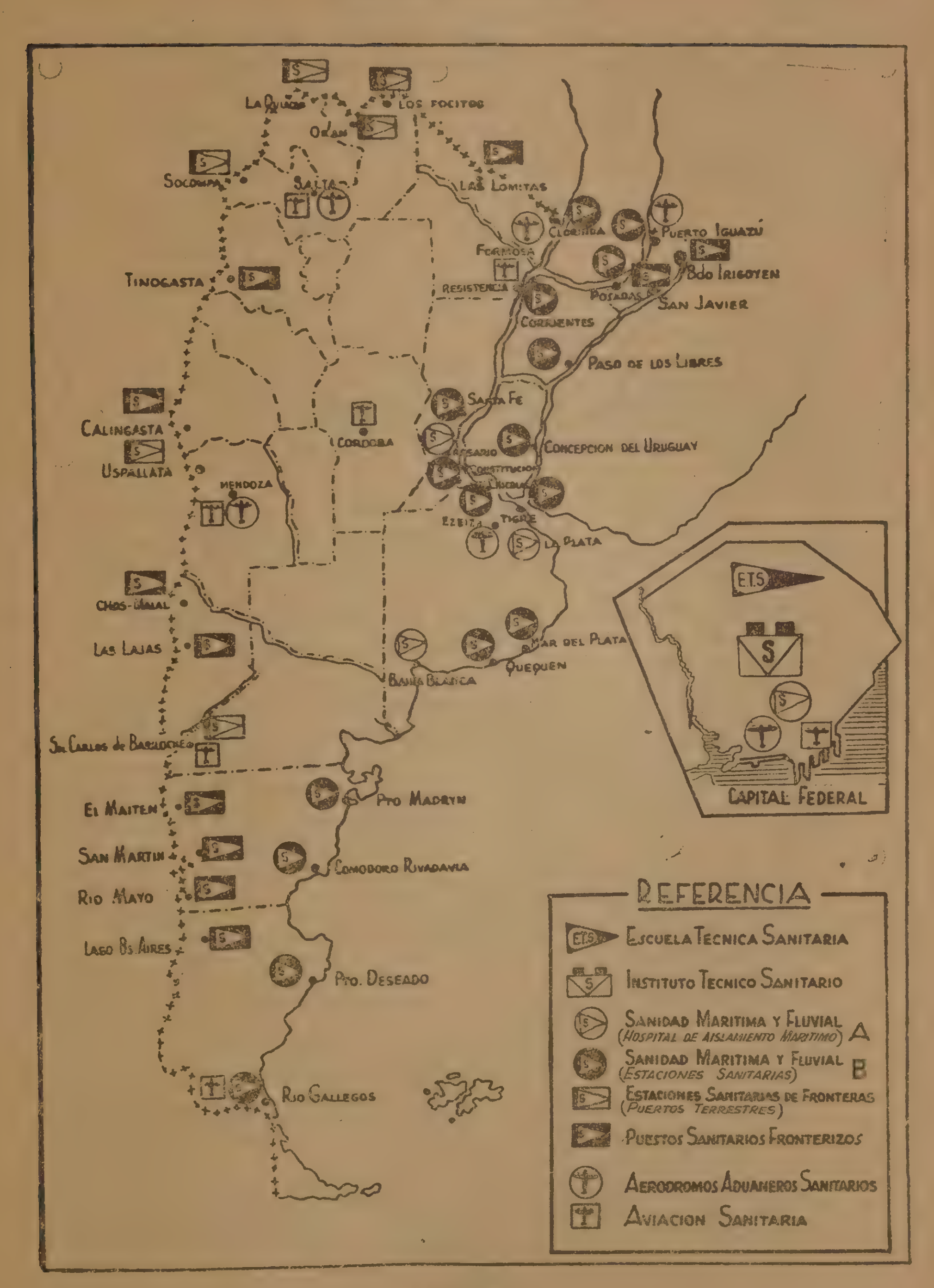

La Quiaca
Los Pocitos
Orán
Socompa
Salta
Las Lomitas
Clorinda
Puerto Iguazú
Formosa
Bdo Irigoyen
Tinogasta
Resistencia
Posadas
San Javier
Corrientes
Paso de los Libres
Santa Fe
Calingasta
Cordoba
Rosario
Concepcion del Uruguay
Uspallata
Constitucion
Mendoza
Ezeiza
Tigre
La Plata
E.T.S.
Chos-Malal
Mar del Plata
Las Lajas
Quequen
Bahia Blanca
S
Sn Carlos de Bariloche
Capital Federal
El Maiten
Pto Madryn
San Martin
Comodoro Rivadavia
Rio Mayo
Referencia
E.T.S.
Escuela Tecnica Sanitaria
Lago Bs Aires
Instituto Tecnico Sanitario
Pto. Deseado
Sanidad Maritima y Fluvial (Hospital de Aislamiento Maritimo) A
Sanidad Maritima y Fluvial (Estaciones Sanitarias) B
Rio Gallegos
Estaciones Sanitarias de Fronteras (Puertos Terrestres)
Puestos Sanitarios Fronterizos
Aerodromos Aduaneros Sanitarios
Aviacion Sanitaria

Figura N.º 55

TOTAL DE CAMAS A DISCRIMINAR, EN PUERTOS MARITIMOS FLUVIALES Y TERRESTRES

Categoría «A»	165	camas
» «B»	205	»
Hospital del Delta	30	»
Total General	400	camas

VISITA SANITARIA DE ENTRADA

La necesidad de perfeccionar los sistemas de control, en la visita de sanidad de entrada, aumentando y mejorando los ya existentes, obliga a dotarlos de todos los elementos que aseguren su eficacia y garanticen, de manera absoluta, la imposibilidad de la entrada al país de enfermedades infecto-contagiosas o de sus portadores.

La deficiencia actual reside en los precarios medios de transporte marítimo de que se dispone, para que la inspección sanitaria y los tratamientos que se indiquen puedan realizarse en toda su amplitud.

La práctica aconseja disponer de elementos que permitan el traslado, hasta la zona cuarentenaria, de personal e implementos para tales fines.

La necesidad de los barcos y de las lanchas está en relación, en cuanto al número y calidad de los mismos, con la importancia y característica de cada puerto.

En el puerto de Buenos Aires, por ejemplo, de las dos embarcaciones afectadas al Servicio de Rada, sólo una se encuentra en condiciones de ser utilizada. La otra es, prácticamente, inútil.

En los demás puertos, cualquiera sea su categoría, no se cuenta con embarcaciones de sanidad.

Resulta, así, impostergable, proveerlos de esos elementos esenciales.

AUMENTO DE BARCOS Y LANCHAS PARA LOS SERVICIOS DE SANIDAD

PUERTO DE BUENOS AIRES

1 Barco de sanidad, de características similares al actual «Rawson», modernizado. (Pedido ya en trámite). Servicio de Rada.

1 Barco auxiliar de sanidad, con las instalaciones necesarias para poder efectuar el tratamiento de los barcos en interdicción. (Aparatos de desinfección, desinfestación, hospital, etc.). Servicio de Rada.

2 Lanchas rápidas y estables para efectuar, dentro del puerto, las inspecciones sanitarias a los barcos no atracados a muelle o en zonas distantes que no poseen medios de comunicación rápida y para servicios auxiliares.

PUERTO DE ROSARIO

1 Lancha rápida y de gran porte para visita de inspección y libre plática.
1 Lancha de menores dimensiones, como auxiliar de la anterior.

PUERTO DE BAHIA BLANCA

1 Lancha rápida y de gran porte, para visita de sanidad en la Rada y vigilancia sanitaria del Puerto. (Pedido ya en trámite).

OTROS PUERTOS

1 Lancha para visita de sanidad, rápida, de gran calado, para el Puerto de La Plata, Puerto de Mar del Plata, Puerto de Quequén, Río Gallegos y Corrientes. Total 5 lanchas.
1 Lancha para visita de sanidad, rápida, de menor porte, para los puertos de San Nicolás, Santa Fe, Concepción del Uruguay y el Tigre. Total 4 lanchas.
3 Lanchas ambulancias, con elementos necesarios para poder prestar primeros auxilios, traslado y tratamiento de enfermos, ambas anexadas al hospital de la zona del Delta.

BARCOS HOSPITALES

Para lo futuro deberá contemplarse la conveniencia de dotar a los servicios sanitarios de uno o más barcos hospitales, así como la instalación de hospitales de aislamiento o bien, en otros casos, de internación, en islas o zonas cercanas a los puertos de Rosario y de Bahía Blanca, similares a la organización proyectada en la zona del Delta.

Estas embarcaciones, así como estos hospitales de zona, han de constituirse en verdaderos puestos de avanzada en la defensa sanitaria de las fronteras.

AUTOMOTORES

Hasta ahora se ha tropezado, en todos los servicios de esta dependencia, con el inconveniente insalvable de la falta de automotores para el cumplimiento de sus tareas. Sin camiones, sin camionetas, sin ambulancias y sin automóviles livianos, han de-

bido atenderse los trabajos de inspección en toda la zona portuaria, el contralor marino, el traslado de enfermos, accidentados, la libre plática de aviones y, en fin, toda la gama de funciones encomendadas a la Sección Sanidad Marítima, Saneamiento, Fumigación, Sanidad Aeronáutica y a las propias de la Jefatura.

Son necesarios, en consecuencia:

PUERTO DE BUENOS AIRES

4 Automóviles (dos para sanidad marítima y uno para sanidad aeronáutica).
4 Ambulancias automóvil.
3 Camionetas tipo rural.
2 Camionetas de carga.

OTROS PUERTOS

3 Camionetas tipo rural (una para Rosario, otra La Plata y otra Bahía Blanca).
2 Ambulancias automóvil (una para Rosario y otra para Bahía Blanca).

ELEMENTOS QUE FACILITAN LA INSPECCION SANITARIA DE ENTRADA

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE SALUD

Todo pasajero que ingrese al territorio de la República, debe estar munido de un certificado de salud que establezca:

a) El resultado del examen del pasajero, desde el punto de vista epidemiológico;
b) El estado neuro-psiquiátrico del pasajero;
c) La capacidad laborativa del mismo, desde el punto de vista de las leyes de inmigración vigentes en el país;
d) Las vacunaciones que se hayan efectuado en el pasajero, de acuerdo con las leyes argentinas y sea cualquiera la vía de entrada al país.

CONTROL SANITARIO EN LOS PAÍSES DE INMIGRACIÓN: MÉDICO ARGENTINO EN LOS PUERTOS DE EMBARQUE

Indudablemente, uno de los problemas más delicados que plantea el arribo de grandes masas inmigratorias, es el que se refiere al estado sanitario de las mismas.

Teniendo en cuenta ese concepto, es conveniente, como elemento de real eficacia para evitar la salida de inmigrantes en deficiente estado sanitario, sobre todo desde los puertos de gran registro emigratorio, adscribir a los consulados de esos puertos a

un médico argentino, que será el encargado de expedir el certificado internacional de salud.

Donde no fuera posible adscribir médico argentino, el certificado internacional de salud podrá ser expedido por un médico de la localidad, el que deberá venir visado por el cónsul argentino.

Los cónsules argentinos no deberán visar los pasaportes, en cuyo certificado médico de salud constaran circunstancias que impidan el desembarco de pasajeros en puertos argentinos, de acuerdo con las leyes vigentes.

COLABORACIÓN CON EL CUERPO CONSULAR

La adscripción de médico a los consulados, en la forma que se sugiere más arriba, habilitará a nuestra representación a producir las informaciones a que se refieren los arts. 341 y 342 del Decreto Reglamentario de la Ley Consular, suministrando, con todo detalles, el estado sanitario de los puertos en los cuales ejerzan jurisdicción.

Sin perjuicio de ello, los demás señores cónsules tratarán de evacuar esos informes de la manera más completa, ya que la proximidad del movimiento migratorio hace posible el peligro del ingreso de enfermos o de enfermedades de carácter infecto-contagiosas.

INFORMACIÓN. — En los casos en los cuales se produzcan, en los puertos de su jurisdicción, uno o más casos de enfermedades pestilenciales, los cónsules argentinos comunicarán telegráficamente a la Secretaría de Salud Pública la novedad sanitaria, con el objeto de que se puedan tomar las medidas adecuadas.

VIGILANCIA DE LAS ESTACIONES FRONTERIZAS DE LOS FERROCARRILES

Hasta la fecha, el control sanitario en las estaciones ferroviarias fronterizas ha sido casi nulo. Significa ello una deficiencia peligrosa, ya que, en muchas de las estaciones fronterizas existe, en potencia, el riesgo de introdución de enfermedades infecto-contagiosas, por estar próximas a zonas en las cuales existen en la actualidad.

Por otra parte, el perfeccionamiento que se alcanzará en el control sanitario de los puertos marítimos y fluviales, así como de los puertos aéreos, hace que el debilitamiento de las defensas sanitarias en las estaciones ferroviarias de fronteras las haga el paso de elección para evadir las exigencias impuestas a aquéllos.

Es imprescindible, en consecuencia, proceder al riguroso contralor de dichas estaciones, estableciendo médicos en las mismas. (Trenes Internacionales, de procedencia de Chile, Bolivia y Paraguay).

PASOS FRONTERIZOS NO FERROVIARIOS. COLABORACIÓN CON LA GENDARMERÍA NACIONAL

De acuerdo a lo convenido ya con la Gerdarmería Nacional, es necesario llevar a la práctica el control de los pasos ubicados en los límites con el Paraguay, Bolivia y Chile, así como del Brasil, confiando a aquella repartición del Ejército Argentino esas funciones donde no existe médico de la Secretaría de Salud Pública.

Sobre la base de la estadística del movimiento o tránsito de frontera, en esos pasos, se determinará en cuáles convendrá establecer médico fijo de esta Secretaría.

De producirse un foco epidémico en estas zonas, la Gendarmería lo comunicará telegráficamente y en forma directa a la Secretaría de Salud Pública, para que ésta disponga lo que corresponda.

COLABORACION CON LA PREFECTURA GENERAL MARITIMA

En los puertos argentinos, marítimos o fluviales, en los cuales no existieran funcionarios de sanidad autorizados por la Secretaría de Salud Pública, las tareas de inspecciones sanitarias, especificadas en los reglamentos respectivos, serán efectuadas, a solicitud de esta Secretaría, por la Prefectura General Marítima.

En los casos en los cuales se produjeran focos epidémicos en esos puertos, lo comunicará telegráficamente y en forma directa a la Secretaría de Salud Pública a efectos de que ésta adopte las medidas que cada situación aconseje.

VIGILANCIA DE MIGRACIONES

Fuera de las funciones que las leyes especifiquen para la Dirección de Migración, es función primordial de la Secretaría de Salud Pública impedir la entrada al país de las personas que padezcan enfermedades infecto-contagiosas o mentales, que puedan ser un perjuicio para la salud pública o una carga para el Estado.

Es posible que, a pesar de las medidas de defensa sanitaria que adopte la Secretaría de Salud Pública, puedan filtrarse a territorio argentino, muy especialmente por las fronteras terrestres o fluviales de fácil acceso por la gran extensión de las mismas, personas que, con carácter de migración golondrina, vienen al país en determinadas épocas, en busca de trabajo (contratadas para la zafra o para los obrajes, arrieros, mercaderes, etc.). En esos casos, y en lo que sea posible, se recomendará a la Secretaría de Trabajo y Previsión que, para dar trabajo a los obreros en esas

condiciones, les exija la presentación de un certificado de buena salud o de la libreta sanitaria correspondiente.

Con esa medida se obtendrá la fiscalización de una gran masa de personas que actualmente circula por nuestro territorio libremente, atravesando zonas fronterizas en las cuales reinan, con carácter endémico, la viruela y el tifus exantemático, entre otras enfermedades graves infecto-contagiosas.

Quedaría así reducida la población migratoria no controlada, a límites de muy poca importancia.

SANIDAD DE AEROPUERTOS

La aeronavegación, al acortar las distancias, ha hecho que los problemas que crea la sanidad de fronteras, sean muy complejos.

Hasta hace poco tiempo, los medios de comunicación habituales, por el tiempo que emplean en llegar hasta nuestro territorio, salvo los procedentes de los países limítrofes, eran nuestra mejor garantía para la seguridad sanitaria de nuestra frontera, pues, en el caso de conducir enfermos que pudieran representar un riesgo epidémico, la enfermedad se presentaba en el viaje, dando tiempo para la aplicación de las medidas sanitarias de rigor.

En la actualidad, se puede decir que un pasajero infectado con alguna enfermedad infecciosa, comenzando por las pestilenciales, puede tomar un avión en el punto más remoto de la tierra e ingresar al territorio argentino con su enfermedad en incubación, la que estallará una vez incorporado a nuestro ambiente. Esto que, aparentemente indicará la supresión de todo control sanitario, por inoperante, obliga, por el contrario, a extremar dicho contralor, pero con características tales que, sin desvirtuar la máxima finalidad de los viajes aéreos, la velocidad dé un margen de garantía grande, sin la aplicación de medidas que, eficaces en otros medios de transporte, son contraproducentes y perjudiciales, llevadas a la aeronavegación.

Naturalmente que estas medidas no han de reducirse exclusivamente a la inspección o examen de toda persona que ingresa al país por vía aérea, sino que dicha elemental medida ha de ser completada por un conjunto de elementos que, todos reunidos, sirvan de instrumentos eficaces para la sanidad de fronteras. Así, la visita sanitaria de entrada debe ser la última etapa de un largo proceso que se inicia con el cumplimiento de las Convenciones Internacionales, en lo que se refiere a la denuncia de enfermedades, rápidas y correctas informaciones consulares, vigilancia de migraciones (puertos de embarque), certificado internacional de salud, certificados de inmunidad, desinfección y desinfestación de las aeronaves, etc.

A todo lo consignado anteriormente y que se refiere a la sanidad aérea en sí, se agrega el aumento enorme del tránsito aéreo y sus posibilidades, aun mucho mayores para el futuro.

En los últimos meses, muchas compañías han inaugurado sus líneas o efectuado vuelos de experimentación (En total diez empresas).

Basta comparar las cifras que arrojan las visitas sanitarias de aeronaves, en el aeródromo Presidente Rivadavia y en el Puerto Nuevo, durante los primeros meses del año 1945, con los mismos meses del año 1946, para establecer el acrecentamiento de la aeronavegación internacional:

	1945	1946
Aviones	1.068	1.573
Pasajeros	15.131	29.685
Tripulantes	3.656	6.984

INDICE STEGOMICO. — MOSQUITOS.

Como complemento a la tarea de control sanitario de aeropuertos y en cumplimiento de Convenciones Internacionales, deberá mantenerse actualizado el índice de mosquitos en todos los aeródromos, organizándose a tal fin un servicio adecuado.

CONTROL DE AERÓDROMOS

Puede decirse que, en la actualidad, ninguno de nuestros aeropuertos, a los cuales arriban aeronaves internacionales, se encuentra en las condiciones más elementales para practicar una visita sanitaria de entrada en forma, y menos aún para completar dicha visita con exámenes de laboratorio o contar con las instalaciones más indispensables para aislamiento u observación. Más aún; algunos de nuestros aeródromos fronterizos, no sólo no cuentan con lo más indispensable, sino que la ciudad próxima tampoco dispone de un establecimiento de la categoría que impone un pasajero de avión para ser internado en aislamiento, observación o asistencia.

Naturalmente que problema tan complejo no está en manos exclusivamente de la sanidad nacional, sino que requiere la cooperación y coordinación con otras entidades, como ser: Ministerio de Obras Públicas y Secretaría de Aeronáutica.

Aeródromo de Ezeiza. — La Comisión que tiene a su cargo el estudio de las construcciones se ha compenetrado de las funciones de la Sanidad Aeronáutica, asignándole espacios, cuya ubicación implica un amplio conocimiento de parte de la Comisión del funcionamiento de un gran aeropuerto.

Estos espacios comprenden una serie de consultorios, salas de observación, de aislamiento, dormitorios para el personal, oficinas, etc.

Si bien las construcciones no costarán dinero a la sanidad nacional, su habilitación y mantenimiento ha de ser contemplado comprendiendo desde el personal de médicos, ayudantes de sanidad, enfermeros, etc., hasta muebles de consultorio y oficina, salas de internación, ambulancias y automóviles.

Aeródromo Presidente Rivadavia. — Existe un amplio plan para la construcción de este aeropuerto, en el cual la sanidad contará con las instalaciones necesarias, por más que este aeródromo, una vez habilitado el de Ezeiza, quedará, únicamente, destinado a cabotaje nacional u otras finalidades y sólo aterrizarán en él aeronaves internacionales, cuando circunstancias de orden meteorológico hagan imposible el aterrizaje en el de Ezeiza. En cualquier forma, requerirá, para dentro de un año, la habilitación de oficinas, consultorios y demás dependencias.

Aeropuertos de Los Tamarindos. — (Mendoza). Los locales destinados a sanidad aeronáutica en el proyecto presentado por la Dirección General de Infra Estructura de Aeronáutica son insuficientes por no contar con Sala de Observación. La Secretaría de Salud Pública proveerá lo necesario para subsanar esos inconvenientes, dotándola de las instalaciones adecuadas para el eficaz control sanitario.

Aeropuerto de Salta. — Requerirá, exactamente, las mismas condiciones que el de Los Tamarindos.

Aeropuertos de Formosa, Iguazú y Posadas. — Aun cuando no están todavía planificados los edificios para estos aeropuertos, las necesidades de ellos son análogas a las de los de Mendoza y Salta.

Dársena de Hidroaviones. — La tendencia actual, aun en los vuelos transoceánicos, es la del empleo de aviones terrestres, de manera que, si bien se prevé una intensificación del tránsito de hidroaviones, éste nunca sería del volumen de la aeronavegación terrestre.

Esa circunstancia no significará eliminar la necesidad de organizar, sobre la base del movimiento actual, la habilitación en esta Dársena de consultorio, oficina, sala de observación, ambulancia y demás elementos indispensables al control sanitario.

AISLAMIENTO DE EMERGENCIA

Todos los aeropuertos mencionados más arriba deberán estar dotados de salas o servicios de emergencia para el aislamiento y observación de los pasajeros que deban ser sometidos a ese tratamiento sanitario.

El carácter de este medio de transporte aconseja una organización sanitaria particular, para la celeridad en la inspección sanitaria de entrada y las medidas que deban adoptarse, a raíz de dicha inspección.

MÉDICOS Y AMBULANCIAS

El personal de médicos y de ayudantes de sanidad variará, lógicamente, según la intensidad del tránsito aéreo, en cada aeropuerto.

En aquellos aeropuertos en los cuales el movimiento sea de un volumen superior, se instalarán guardias sanitarias permanentes, reglamentándolas según aconsejen las circunstancias.

En el cuadro que sigue se detalla el personal médico, con las ambulancias, automóviles y auxiliares necesarios en cada aeropuerto.

AERODROMO	Médico	Ayudante	Enfermera	Auto	Ambulan.
Pto. Nuevo	3	3	1	1	1
Ezeiza	10	10	3	2	2
Mendoza	2	2	1	1	1
Salta	2	1	1	1	1
Formosa	1	1	—	1	1
Posadas	1	1	—	1	1
Iguazú	1	1	—	1	1

Se deja constancia de que en el cuadro anterior no se consigna el aeródromo Presidente Rivadavia, el cual será atendido por el personal que se trasladará desde Ezeiza, en caso de aterrizaje de emergencia.

AMBULANCIAS AÉREAS. AVIACIÓN SANITARIA

Por decreto del Poder Ejecutivo, de fecha 19 de junio de 1941, se reglamentó el Servicio de Aviación Sanitaria, sobre la base de tres aviones adquiridos para la ex Dirección Nacional de Salud Pública. Ese servicio tuvo, como bases de funcionamiento, los aeródromos de Comodoro Rivadavia, Neuquén y Resistencia.

Desde su organización hasta la fecha, ha sido prácticamente imposible utilizar los aviones. Durante los cinco años transcurridos desde su creación no se han podido movilizar las máquinas. Permanentemente descompuestas, no se ha contado con fondos ni elementos adecuados para rehabilitarlas. Aun hoy gira un expediente con más de tres años de trámite, en el cual la Dirección General de Aeronáutica trata de cobrar la reposición de motores efectuada a los aviones.

En resumen, ha sido imposible llevar a la práctica, salvo en contadísimas excepciones, la útil obra que se pensó realizar con la organización de este servicio de auxilio médico y sanitario de urgencia, cuyos alcances no pueden ser desconocidos.

La Aviación Sanitaria es «el empleo racional y sistemático de los elementos y actividades aeronáuticas de manera técnicamente apropiada, organizados en un servicio de función médica y destinados a prestar auxilio o socorro a las personas» (La Conferencia Panamericana de Aviación Sanitaria - Montevideo). Esta definición comprende diversos aspectos, algunos directamente en relación con ella y otros, como el traslado de medicamentos, sueros, etc., que, erróneamente y con frecuencia, han sido incluídos en la Aviación Sanitaria.

1º. El auxilio o socorro a personas puede consistir en el traslado de ellas al centro médico-quirúrgico donde pueda prestárseles toda la atención debida, y 2º., el auxilio médico «in situ» o sea prestar al enfermo o herido la atención médica o quirúrgica en el lugar donde se encuentre, dejándolo en manos de personas capacitadas para su cuidado posterior.

El problema, aparentemente simple, comprende una serie de aspectos que se analizan a continuación:

1º. BASES O ESTACIONES SANITARIAS

Deben analizarse bajo su doble faz de centros médicos y aeronáuticos. Como centros médicos deben ser completos, contar con elementos para internación y tratamiento de la mayoría de los enfermos médicos o quirúrgicos.

Faz Aeronáutica: Las bases o estaciones sanitarias deben contar con infraestructura, o sea, no sólo una buena pista de aterrizaje sino también con hangares, talleres mecánicos, radio, protección meteorológica, etc.

Bajo este doble aspecto se está tratando de establecer las bases, de acuerdo con la Dirección General de Aeronáutica Civil, en los siguientes puntos: Capital Federal, Río Gallegos, Bariloche, Mendoza, Córdoba, Salta y Resistencia.

Si bien algunas de ellas pueden ser objetables, se ha tenido en cuenta, principalmente, la infraestructura, pues deben darse a la Aviación Sanitaria las mayores seguridades aeronáuticas.

Estas bases no se consideran definitivas, pues son susceptibles de modificarse de acuerdo a lo que aconseje la experiencia y a medida que la infraestructura adquiera desarrollo, contándose con el inconveniente de que pueden no coincidir las necesidades médicas, los centros médicos y la infraestructura.

2º. MATERIAL DE VUELO

Se considera que será necesario adquirir 10 aviones bimotores de gran autonomía de vuelo, con capacidad para trasladar a 3 ó 4 enfermos. Siete de ellos estarán destinados a las siete estaciones anteriormente citadas y los tres restantes quedarían para reemplazar a los que se encuentren en reparaciones. Deberán reunir determinadas condiciones: cabina aislada de ruidos y vibraciones, calefacción, buena ventilación, buena amortiguación, paredes y pisos lavables; si es posible, aire acondicionado, etc.

Como los aviones anteriormente citados necesitan pistas de aterrizaje, serán necesarios 5 ó 6 helicópteros, cuya finalidad es fácilmente explicable, pues pueden ir a buscar al enfermo en sitios poco menos que inaccesibles.

Para el auxilio médico «in situ» deberá disponerse de dos aviones bimotores con sala de operaciones, y equipados con todos los elementos necesarios para atención médica, intervenciones quirúrgicas y traumatología.

A pesar de no pertenecer a la Aviación Sanitaria la conducción de medicamentos, material quirúrgico, sueros, etc., ello debe tenerse en cuenta, adquiriéndose un avión de transporte destinado al efecto.

Personal aeronavegante: Comprende piloto, radiooperador y mecánico. Este personal deberá ser seleccionado por la Dirección General de Aeronáutica Civil y pertenecer a dicha repartición por correr ella con toda la faz técnico-aeronáutica de la Aviación Sanitaria. En cuanto al personal aeronavegante médico, será tratado más adelante.

Personal médico: En cada una de las bases o estaciones se deberá contar con un médico de la Secretaría de Salud Pública, el cual correrá en su zona con todo lo concerniente a la Aviación Sanitaria; dispondrá la salida del avión, conducción e internación de los enfermos, etc. En las bases donde hubiere médico de la Secretaría de Salud Pública con otras funciones, podrá hacerse cargo de la Aviación Sanitaria.

Dentro del personal aeronavegante corresponde incluir el destinado a los aviones con sala de operaciones y las enfermeras.

Cada avión con sala de operaciones deberá contar con un equipo completo de cirujano, ayudante y anestesista.

Enfermeras: Es imprescindible que el enfermo sea acompañado en vuelo por una enfermera que reúna las condiciones necesarias para el vuelo: aptitud física y entrenamiento.

Deberán asignarse a la Aviación Sanitaria una enfermera jefe y diez enfermeras destinadas a las siete bases, quedando las tres restantes para aquellos sitios que puedan exigir por su im-

portancia la salida simultánea del avión y del helicóptero, aparte del reemplazo que deberán hacer por enfermedad, licencias, etc.

Asistencia de los enfermos o heridos: En aquellos sitios donde la Secretaría de Salud Pública cuente con hospitales, se internarán en ellos; donde no se cuente con hospitales nacionales, se podrán hacer convenios con las autoridades provinciales o municipales.

Reglamentación: Debiendo contemplarse en la Aviación Sanitaria la faz médica y la técnico-aeronáutica, la reglamentación se hará conjuntamente con la Dirección General de Aeronáutica Civil, ampliando la existente por S. D. de fecha 10 de junio de 1941, pero manteniendo el principio de que la Secretaría de Salud Pública será la única autoridad que disponga la oportunidad de la prestación del servicio de auxilio médico aéreo.

COORDINACION CON LA SECRETARIA DE AERONAUTICA

La Dirección General de Aeronáutica ha creado, entre sus servicios, el de Aviación Sanitaria. Ello ha de ocasionar una superposición de funciones con la que ha de organizar nuestra Secretaría.

Es evidente, pues, la necesidad de coordinar la forma de que exista en el país una sola Aviación Sanitaria con carácter oficial, la cual deberá estar dirigida, en estrecha colaboración, por la Dirección General de Aeronáutica, en su aspecto mecánico y por la Secretaría de Salud Pública, en la faz técnica o sanitaria.

Esta organización oficial no elimina la posibilidad de la implantación de Servicios Particulares de Aviación Sanitaria, los cuales serán controlados por la autoridad nacional, en su aspecto mecánico por la Dirección General de Aeronáutica Civil y en su faz sanitaria por la Secretaría de Salud Pública, las que dictarán las normas a que habrán de ajustarse para el desempeño de sus actividades.

La experiencia recogida en la actuación de los tres aviones sanitarios, ha enseñado las dificultades con que se tropezó en la reparación, conservación y equipamiento de las máquinas. Ese problema se acentuará ante el mayor número de aviones con que se piensa dotar la instalación de las bases que se implantarán en los distintos puntos del país, para cubrir las exigencias sanitarias en forma integral.

Esos inconvenientes deberán ser salvados en un **convenio** a celebrarse, con amplio espíritu de colaboración, con la Dirección General de Aeronáutica Civil, en el cual se establecerían, entre otros puntos, la forma de adquisición de las ambulancias aéreas, la designación y mantenimiento de personal para las mis-

mas, conservación y reparaciones y todo lo concerniente al más eficiente funcionamiento ulterior de tan importante servicio de auxilio médico.

Se cuenta, para el éxito del convenio a celebrarse, con la buena voluntad de la Dirección General de Aeronáutica Civil, la cual en la jurisdicción que ejerce en los aeródromos ha acreditado a la Secretaría de Salud Pública su mayor empeño en la obtención del cumplimiento estricto de las reglamentaciones.

CONDICIONES HIGIÉNICAS DE LOS PUERTOS

Dada la importancia adquirida por los puertos argentinos y el desarrollo comercial alcanzado, el que se irá indudablemente acrecentando en un futuro próximo, es imposible dejar de pensar en colocarlos, desde el punto de vista higiénico y económico, en las mejores condiciones sanitarias.

En virtud de la característica de muchos de nuestros puertos, que se dedican al movimiento granero y la enorme pululación de roedores en los mismos, no deberán omitirse esfuerzos a fin de evitar que la eclosión de un foco esporádico de peste, acarree la posibilidad de que se lo considere «puerto sucio».

El Código Sanitario Panamericano establece, para los puertos limpios, dos categorías, según los elementos de defensa sanitaria con que cuente.

Es tarea de buena administración sanitaria propender a que exista en el país el mayor número de puertos de la Categoría A.

El problema del mantenimiento de las buenas condiciones de higiene y sanitarias de los puertos de nuestro país, se agrava por las deficientes condiciones en que han sido construídos —terrenos propicios al desarrollo de la pululación murina— y los precarios medios con que se ha contado siempre, para luchar con la menor posibilidad de éxito, falta de personal y de material.

Asimismo, las construcciones, edificios, galpones o tinglados, donde se almacenan mercaderías o cereales, han sido muchos de ellos levantados sin contemplar las condiciones exigidas por la reglamentación de la ley 11.843, relativas a la profilaxis de la peste.

La acumulación de esas deficiencias, durante un largo período de tiempo, obliga, hoy, a adoptar medidas enérgicas y eficaces, tendientes a garantizar, en todos los puertos del país, el fiel cumplimiento de las disposiciones vigentes.

Para atender a esas exigencias, es indispensable:

Personal y elementos: La magnitud del problema sanitario planteado al puerto de Buenos Aires, se presenta también a los

de Bahía Blanca, Rosario y La Plata, en primer término, y a los de Quequén, Mar del Plata, San Nicolás y otros, en distinta intensidad y con menores proyecciones higiénicas y económicas.

Ello hace imprescindible dotar a los puertos de «cuadrillas móviles y fijas», adecuadamente equipadas, en cantidad suficiente con relación a la extensión de la zona portuense y a las características sanitarias de cada uno.

Las cuadrillas estarán formadas por diez peones y un capataz cada una. La distribución de esas cuadrillas puede calcularse:

Puerto de Buenos Aires	5 cuad.	fijas	1	móvil
» » Rosario	2 »	»	»	»
» » Bahía Blanca	2 »	»	»	»
» » Quequén	1 »	»	——	
» » La Plata	1 »	»	1	móvil
» » Mar del Plata	1 »	»	——	
» » Santa Fe	1 »	»	——	

En los demás puertos, en los casos en que se presentaran epizootías o problemas sanitarios esporádicos, se arbitrarán los medios para el traslado de cuadrillas, con carácter de emergencia.

Estación de desinfección: Funcionarán anexadas a las Estaciones Fijas de Saneamiento de cada puerto de la Categoría A. y en los servicios sanitarios de los de la Categoría B., con elementos e instalaciones propios.

Tendrán a su cargo la desinfección de locales, vagones, ropas, etc.

Agua potable. — Deberá asegurarse el suministro de agua potable en las zonas portuarias, arbitrándose, en los casos en que no existan instalaciones de A.N.D.A., los medios químicos apropiados para tal finalidad. (Clorinación, etc.).

Cloacas. (Ingeniería Sanitaria). — Se vigilará que toda la red cloacal que ha de ser volcada sobre la zona portuaria, cuyos residuos provengan de instalaciones vecinas a la misma, conduzca esos residuos, sometidos a un tratamiento previo para la neutralización y desinfección de los mismos.

Se fiscalizará que las construcciones que se realicen en la zona portuaria reúnan las condiciones exigidas por las disposiciones de la Ley 11.843 y su decreto reglamentario.

Controlará la eliminación de las basuras, drenaje del suelo, rellenamiento, etc., procurando la formación de parques y jardines en los terrenos que no tengan ninguna otra aplicación, convirtiendo, así, zonas malsanas y antiestéticas, en parajes de terrenos saneados y embellecidos.

Médicos. — Se procurará que todas las funciones técnicas exigidas para mantener los puertos en las condiciones higiénicas determinadas más arriba, sean desempeñadas por médicos especializados en cuestiones de higiene general, como son los Médicos Higienistas.

La especialización a la cual se han dedicado, los coloca en condiciones de afrontar con éxito los problemas relacionados con la higiene y la sanidad de fronteras.

SANIDAD DE TRANSPORTES

Es indudable que los medios de transporte son los que, desde hace muchísimo tiempo, han servido de vehículos a los portadores de enfermedades o enfermos.

De ahí la obligación de controlar el estado sanitario de esos medios, exigiendo, según las características de cada uno de ellos, el cumplimiento de las medidas que aseguren la absoluta higiene de los mismos.

El peligro, en potencia, que significa el medio de transporte, ha acrecido en razón directa con el aumento de tráfico y tránsito, así como con la velocidad de los distintos vehículos..

Si el control ejercido en los medios de transporte interno es una preocupación constante, debe ser mayor el celo puesto en la vigilancia sanitaria de las condiciones de higiene de los transportes internacionales, por el riesgo que determinan, ante la posibilidad de que ellos sean portadores de enfermos o insectos vectores de enfermedades infecto-contagiosas.

CONDICIONES DE HIGIENE DEL TRANSPORTE

Hemos dicho ya, que los requisitos que deben exigirse, en las condiciones de higiene de los medios de transporte, están condicionados por las características de cada uno de ellos, por la intensidad o el volumen del tráfico o tránsito de los mismos, por las vías de acceso a nuestro país y por la rapidez con que cubran el trayecto de destino desde el punto de partida hasta su arribada.

Por ello, el tratamiento que deba imponerse a los vehículos, en el caso de que no reúnan las condiciones sanitarias y de higiene correspondientes, son, también, de distinta índole.

EMBARCACIONES MARÍTIMAS Y DE CABOTAJE

Es necesario destacar que nuestro país se encuentra, en este sentido, muy adelantado. Las disposiciones del Código Sanitario Panamericano, del Reglamento Sanitario Marítimo y Fluvial y de la Ley 11.843 y su decreto reglamentario, contemplan

todas las previsiones y todos los procedimientos que tiendan a asegurar el efectivo control del estado sanitario y de higiene de los barcos marítimos, de cabotaje mayor y menor, estableciendo, asimismo, el tratamiento que debe aplicarse en los casos en los cuales se comprobara una deficiencia o una infracción.

No obstante, si se desea conseguir la más amplia eficacia en estas tareas, deberán perfeccionarse los elementos de control con que se cuente, lo cual ha de obtenerse con la implantación de las mejoras que se proyectan en los servicios de desinfección y desinsectización.

Ferrocarriles. — La fiscalización de la higiene de los ferrocarriles se verifica, actualmente, en virtud del decreto reglamentario que, con fecha 10 de marzo de 1914, dictó el Poder Ejecutivo.

Este decreto, al no tener fuerza de ley, hace que la Secretaría de Salud Pública se vea trabada en su acción, por las interferencias de jurisdicción con la Dirección Nacional de Transportes. Esta, al contar en su Ley Nº. 2873 (Ley General de FF. CC.) con algunos artículos relacionados con la higiene y desinfección de los trenes, hace constantemente cuestiones de competencia. Por los conceptos expresados, es necesario que la Secretaría de Salud Pública cuente, para poder actuar en forma eficiente, con un organismo claro y preciso que establezca sus atribuciones, lo que se conseguirá con las disposiciones relacionadas con la higiene de los transportes terrestres, contenidas en el proyecto de Código Sanitario de la Nación, actualmente a estudio.

En ese proyecto se contemplan las formas de control y los requisitos a que deberán ajustarse, no sólo los medios de transporte terrestre que conduzcan pasajeros, en lo relacionado a coches dormitorios, comedores, cocinas, furgones, etc., sino, también, la vigilancia de locales, construcciones, instalaciones y dependencias, afectadas a los servicios ferroviarios.

Se reglamentará la manera en la cual se cumplirá el requisito de lavado y desinfección, en forma completa, después de cada viaje, y cómo deberán ser mantenidas en buenas condiciones de higiene durante el mismo.

En esas tareas se llegará al control del material empleado, pisos, asientos, construcción de w. c., lavatorios y todo elemento que pueda incidir, de una manera u otra, en la higiene del vehículo.

La atención del traslado de los alimentos y su conservación, así como el mantenimiento en buenas condiciones de higiene de las ropas y utensilios, será motivo, asimismo, de estricto control.

ESTACIONES FERROVIARIAS Y CONSTRUCCIONES

Uno de los obstáculos más destacables con que ha chocado, hasta hoy, la tarea de fiscalización de la higiene de las estaciones ferroviarias, construcciones, instalaciones y zonas terrestres adyacentes, de jurisdicción nacional, ha sido la interferencia que, periódicamente, producen otras reparticiones que reclaman para sí la competencia legal para disponer la realización de las medidas tendientes a subsanar deficiencias que significan una infracción a la Ley 11.843 y a su decreto reglamentario.

Las dificultades económicas derivadas de la guerra, han sido invocadas, con justicia en muchos casos, para justificar la existencia de deficiencias que no podían ser salvadas.

La reorganización del movimiento económico y la vuelta a la normalidad han de permitir, gradualmente, exigir a las empresas y propietarios de instalaciones en zonas adyacentes a terrenos ferroviarios de jurisdicción nacional, el cumplimiento de las disposiciones vigentes acerca de las condiciones en las cuales han de ser realizadas las construcciones y los medios que han de utilizarse para su conservación.

Ha faltado, hasta hoy, el instrumento legal que dé fuerza a las decisiones de la Secretaría de Salud Pública. Sus resoluciones han sido discutidas, en cuanto a competencia y jurisdicción, lo que ha traído como consecuencia un natural relajamiento en la autoridad sanitaria, que es impostergable eliminar.

PERSONAL FERROVIARIO. VIVIENDAS. LOCALES DE TRABAJO

Debe perfeccionarse el método de intervención de la Secretaría de Salud Pública en el control del estado de salud del personal afectado a los trabajos ferroviarios. Deberá dotársele de la Libreta Sanitaria, en la cual se identifique debidamente al tenedor y se hagan constar las fechas de los exámenes periódicos que se realicen, que podrán ser anuales o bien cuando la Secretaría de Salud Pública, en casos excepcionales, lo determine.

Se establecerán los impedimentos que obsten al desempeño de determinadas funciones ferroviarias (alcoholismo, toxicomanías, afecciones mentales, etc.).

Pero esa labor sobre el *individuo* deberá ser complementada con un eficaz control permanente en sus viviendas y locales de trabajo, reglamentándose las condiciones mínimas de higiene en que han de construirse y ser mantenidos, de manera de asegurar la imposibilidad de que se constituyan en un medio de peligro para el trabajador, o de los funcionarios.

AGUA POTABLE

Este problema, tan importante, preocupa muy especialmente a la Secretaría de Salud Pública.

Los análisis bacteriológicos de las muestras de agua retiradas de los distintos vehículos ferroviarios y de estaciones, arrojan un porcentaje impresionante (85 o|o) de agua de mala calidad, cuyo consumo es peligroso o de calidad mediocre que es necesario vigilar. Como se ve, el problema es serio. Con el objeto de resolverlo y a propuesta de esta Secretaría se ha formado una comisión encargada del estudio del agua potable en los transportes, llegándose ya a algunas conclusiones.

Se atacará este mal donde esté: en las fuentes de provisión, en los medios intermediarios, en los tanques de distribución, en los recipientes de almacenamiento, etc.

Se tratará, en toda forma, que donde existan servicios de agua potable suministrada por A. N. D. A., se utilicen dichos servicios en forma directa, vale decir, sin tanques o depósitos intermediarios.

Se dotará de filtros donde sea necesario.

Los vehículos deberán proveerse de este líquido en los lugares donde lo autorice esta Secretaría. Se clorinará donde sea menester. En fin, se arbitrarán todos los recursos con que cuenta la higiene moderna para resolver satisfactoriamente este problema higiénico sanitario de tanta magnitud.

Conectado directamente con el problema del agua, está el del *alejamiento y ulterior tratamiento de las materias fecales y aguas residuales*. Es por eso que en los lugares donde no se disponga de cloacas, los w. c., estarán provistas de cámaras sépticas y pisos impermeables. Se evitarán los pozos negros. En caso de que existan, deberán estar alejados de las tomas de agua y al nivel que se establezca, debiendo construirse en forma inobjetable.

Según los casos se recomendarán tanques Imhoff, filtros percoladores, etc. En esta materia también hay mucho por hacer.

AUTOMOTORES EN GENERAL

Como un complemento de las medidas preventivas de higiene de los transportes, es necesario extender el control de ese estado a todos los vehículos automotores, cualquiera sea su característica y categoría, cuando cubran un recorrido de jurisdicción nacional, pues resultará inoperante extremar esos requisitos para los demás medios de transporte si no se imponen iguales obligaciones a los automotores, cuyo tránsito y tráfico en el país se acrecentará enormemente en un futuro inmediato.

Deberá, en consecuencia, reglamentarse la manera de efectuar las desinfecciones en todas estas clases de vehículos, periódicamente,

para encontrarse en condiciones de ser librados al servicio público, determinándose, asimismo, cuándo deberán ser separados de ese servicio y las penalidades a que se harán pasibles, según la importancia de la infracción en que incurran.

AVIONES

Ya se han destacado las características inherentes al transporte aéreo.

Las reglamentaciones a aprobarse deberán disponer que, periódicamente, sean controlados los alimentos y el agua de las aeronaves. En lo que respecta a desinfección, desde hace tiempo se ha contemplado la vehiculización de insectos por las aeronaves.

Todas las aeronaves internacionales en los distintos puntos de escala, y aun en vuelo, practican fumigaciones. No obstante esto, cuando llegan a territorio argentino son fumigados los distintos locales: cabina de comando, cabina de pasajeros, baños, compartimiento de equipajes y todos aquellos lugares que puedan albergar vectores de enfermedades y, principalmente, mosquitos.

Se considera que es más práctico que estas fumigaciones deban realizarlas las compañías, limitándose la acción de la sanidad al contralor de estas operaciones, como se hace en la actualidad.

La vertiginosa transformación que experimenta todo lo relacionado con la aeronavegación, en cuanto a la velocidad de las máquinas, capacidad de los aviones, alcance de vuelos, etc., por una parte, y el perfeccionamiento que irán alcanzando los procedimientos de desinfestación y desinsectización en vuelo, obligan a estar a la expectativa, adaptando las reglamentaciones gradualmente a los progresos que se alcancen en esta materia.

TRASLADOS DE ENFERMOS Y CADÁVERES

La modalidad de los transportes terrestres —ferroviarios o de automotores— ofrece serios inconvenientes a la eficacia del control que pueda ejercerse en el transporte de enfermos.

Es notoria la extraordinaria importancia que tiene el contacto de los pasajeros en los vehículos para el contagio de las distintas enfermedades y para la eclosión de las epidemias.

Si es obligación de la autoridad sanitaria controlar debidamente el ingreso de pasajeros desde el exterior, no es menos grande su responsabilidad en lo que respecta al movimiento de esos pasajeros desde un punto a otro del país, cuando ellos puedan significar un peligro como portadores de cualquier enfermedad infecto- contagiosa.

De acuerdo al carácter de cada una de esas enfermedades, se establecerá en qué forma se procederá al tratamiento sanitario del

vehículo, en caso eventual de haberse autorizado el traslado del enfermo, así como sus enseres y vajilla utilizada.

Deberán establecerse las condiciones que deben reunir los coches para el traslado de tuberculosos, de infecciosos o mentales desde o hasta sanatorios u hospitales de la especialidad.

Esas medidas se extenderán para el traslado de esos enfermos a cualquier punto de la República.

Será reglamentado el transporte de cadáveres; su acondicionamiento y tipo de ataúd.

Deberá prevenirse el procedimiento para el caso de fallecimiento del pasajero o tripulante durante el viaje.

DESINFECCIÓN

Todo vehículo deberá ser sometido, periódicamente, a la desinfección que, de acuerdo a sus características, sea aconsejable. Esas operaciones serán estrictamente controladas, expidiéndose la certificación que corresponda.

Las exenciones que se otorguen a esas obligaciones, deberán ser expedidas por la sección respectiva y tendrán un término de duración no mayor que el aconsejado por la característica del vehículo.

Deberán establecerse *sitios* para la desinfección y desinsectización de los vehículos.

Se dotará al servicio de desinfeción de los elementos adecuados para la realización de esas tareas, teniendo en cuenta el grado de peligrosidad de las mismas cuando sea necesaria la aplicación de procedemientos activos de desinfección.

FUMIGACIÓN. — (DESINFESTACIÓN)

En la actualidad se utilizan como métodos de fumigación de barcos y ferrocarriles el anhídrico sulfuroso y el ácido cianhídrico.

La profilaxis de la peste a bordo, por medio de estos sistemas, ha dado resultados de inmediato y, desde 1929, no se ha producido un solo caso de peste a bordo de los navíos que tocaron los distintos puertos del país.

Desde el año 1933 a 1943 inclusive, fueron fumigadas, con ambos métodos y principalmente con gas cianhídrico, alrededor de 41.000 embarcaciones, con 2.800.000 metros cúbicos y con una eliminación de 55.000 ratas, recaudándose $ 424.460 en concepto de derechos.

La estadística correspondiente al año 1945 arroja los siguienguarismos:

Número de embarcaciones fumigadas S. O. 2		1.052
» » » »	con C. N. H.	2.372
Tonelaje total		623.556
Metros cúbicos fumigados		3.451.431
Ratas extraídas		5.948
Recaudado en concepto de derecho		55.197

Estas cifras son suficientemente ilustrativas como para poner en evidencia la importancia de la tarea que diariamente se practica y su valor como elemento fundamental en la profilaxis de la peste.

Estas tareas, realizadas de acuerdo a disposiciones sanitarias de carácter internacional, sirven para mantener la calificación de puerto de categoría «A» o sea de estado sanitario óptimo, necesario para un intercambio comercial y de pasajeros, libre de trabas con los demás puertos del mundo.

Se han tomado en la confección de los cuadros precedentes las cifras correspondientes al puerto de Buenos Aires, con prescindencia de las que, por la misma labor, puedan suministrar los de Rosario y de Bahía Blanca.

Deberá arbitrarse el medio de que estos servicios se perfeccionen de acuerdo con la experiencia y con los adelantos científicos que se aconsejen.

Para el mejor desenvolvimiento de los servicios de fumigación es necesario disponer las siguientes medidas:

PUERTO DE BUENOS AIRES

1.º Reparación del pontón R. Mejía y del aparato Clayton que transporta.
2.º Proveer de lanchas auxiliares.
3.º Instalación de sitio de fumigación con ácido cianhídrico, en la Dársena E. de Puerto Nuevo.
4.º Reconstrucción de muelle en la ribera Sud del Riachuelo, para colocarlo en condiciones de rat-proof, como corresponde a una zona destinada a desratización.

PUERTO DE SAN FERNANDO. — (Dependencias de Tigre y San Isidro).

1.º Instalación de un equipo permanente para fumigación de embarcaciones de cabotaje menor, que sirvan al Delta y zonas adyacentes; aparato Clayton, fijo, con muelle de atraque reservado y personal adecuado.

Con ello se sustituiría el procedimiento de marmita, actualmente en uso.

PUERTO DE CORRIENTES

Por su situación estratégica en la unión de los ríos Paraná y Paraguay, debe contar con elementos de fumigación de cabotaje, que sirve esas vías de comunicación.

Deberá instalarse un aparato Clayton con personal adecuádo.

PUERTO DE POSADAS

Se establecerá un servicio similar al de Corrientes.

PUERTOS DE QUEQUEN Y MAR DEL PLATA

No cuentan en la actualidad con equipos de fumigación. Deberá dotárseles de dichos equipos, de acuerdo a la organización que se ha proyectado para ellos.

Para una mayor garantía en la profilaxis de la peste a bordo, será conveniente que se apliquen, en las construcciones navales, los principios de antidesratización (rat-proof), de acuerdo a lo aconsejado por la Oficina Sanitaria Panamericana y las experiencias recogidas en estos servicios.

OFICIALIZACION DE LOS SERVICIOS DE FUMIGACION

En la actualidad existen en funcionamiento dos de las tres compañías que tienen a su cargo la fumigación de embarcaciones por medio del ácido cianhídrico. Esas empresas trabajan bajo el control de la Secretaría de Salud Pública.

En distintas oportunidades se ha sugerido a estos servicios la conveniencia de aconsejar la oficialización de los trabajos de fumigación por medio del ácido cianhídrico.

No ha sido oportuno, hasta ahora, esa realización por carecerse de los elementos necesarios para la industrialización adecuada del gas, en forma que tolere la comparación con el producto de importación.

Pero, en lo futuro, con elementos y con fondos suficientes, podrá encararse la posibilidad de que la Secretaría de Salud Pública tome a su cargo esa industrialización y disponga de todo el equipo necesario para la realización de todos los trabajos.

Es un problema delicado, pero de posible realización.

CONCLUSIONES

La organización de los Servicios de Sanidad de Fronteras y de Transportes significará el planteo de un problema serio y de proyecciones enormes. Incide en ese concepto, en primer lugar, la gran extensión de las zonas de límites fronterizos de nuestra patria; en segundo lugar, la situación de desguarnecimiento en

que se encuentran esas zonas en lo que a defensa sanitaria se refiere y, por último, el precario estado sanitario de los países limítrofes.

En esas condiciones es imprescindible iniciar una estructuración, ya que no se cuenta con absolutamente nada.

La dotación de nuevos puestos de avanzada en los pasos que así lo exijan; el perfeccionamiento de los elementos portuenses marítimos y fluviales, hoy deficientes; el equipamiento de aeródromos, desguarnecidos en la actualidad; la compra de embarcaciones, aviones, automotores y elementos de trabajo, para hacer posible esa organización, han de constituir el arranque de la acción de un plan de inmediata realización, que tienda a proteger, desde nuestras fronteras y aun dentro de nuestro territorio, la salud del pueblo.

RELACIÓN CON EL PROYECTO DE CÓDIGO SANITARIO, DISPOSICIONES QUE RIGEN LA ORGANIZACIÓN DE SANIDAD DE FRONTERAS E HIGIENE DE TRANSPORTES

CODIGO SANITARIO PANAMERICANO

Convertido en ley de la Nación número 12.206, es la reglamentación básica en la actualidad, ya que determina todo el movimiento sanitario internacional, fijando las normas que han de dictarse para establecer nuestras relaciones marítimas y de fronteras terrestres con los países extranjeros, así como aéreas.

Ninguna actividad de estos servicios está desvinculada de las disposiciones del Código Sanitario. Sobre la base de esas disposiciones se ha proyectado nuestra reglamentación.

LEY 11.843. — (Profilaxis de la peste) y decreto reglamentario. Determina las condiciones en las cuales se procederá a la organización de profilaxis en las zonas portuarias, embarcaciones, estaciones ferroviarias, construcciones, instalaciones, locales, etc.

Decreto de 11 noviembre de 1928. — Establece las condiciones que rigen las operaciones de fumigación por medio del ácido cianhídrico.

REGLAMENTO SANITARIO MARÍTIMO Y FLUVIAL

Aprobado por decreto del P. E., en 1913, con sus modificaciones.

CONFERENCIAS SANITARIAS PANAMERICANAS

En cuanto ellas se refieren a problemas sanitarios marítimos o de fronteras. (Terrestres o aéreas).

DECRETOS DEL P. E. Y RESOLUCIONES MINISTERIALES

En un futuro próximo todas estas disposiciones serán comprendidas en el *Código Sanitario de la Nación Argentina.*

1 Transportes

Exceptuando la obra que actualmente realiza la Secretaría de Salud Pública de la Nación para garantizar la salud de las personas que viajan en los ferrocarriles, en virtud del decreto del P. E. de fecha 10 de marzo de 1914, los otros medios del transporte terrestre han escapado, en forma más o menos completa, a toda fiscalización sanitaria.

Es por ello que resulta indispensable dictar normas legales que permitan actuar, en forma eficaz, en todo lo concerniente a la higiene de los transportes terrestres, rama tan descuidada de la higiene pública, abarcando todos los vehículos, trenes, automotores, tranvías, etc., así como las estaciones, construcciones, instalaciones que posean esos distintos medios de transporte, no permitiendo nuevas obras ni refecciones de las ya existentes, si no están encuadradas dentro de las normas higiénico-sanitarias que se dicten o si no reúnen las condiciones exigidas por la Ley 11.843 y su decreto reglamentario.

Esas disposiciones contemplarán todo lo relativo a las vías de comunicación de los transportes terrestres y del personal adscripto a los mismos.

La Secretaría de Salud Pública tendrá a su cargo la fiscalización que le confieran esas disposiciones en todos los vehículos de transporte, vías, construcciones e instalaciones, de jurisdicción nacional, pudiendo actuar, como supervisor, en las provincias, cuando motivos excepcionales lo exijan (epidemias, catástrofes, ayuda sanitaria federal, etc.).

De acuerdo con esos conceptos, deberá propugnarse la adopción de las siguientes disposiciones fundamentales:

1.º Será de competencia de la Secretaría de Salud Pública de la Nación todo lo relativo a la higiene de los transportes terrestres.

A tal efecto, se entenderá por transporte terrestre, a los siguientes vehículos:

a) Trenes de ferrocarriles, para el transporte de pasajeros;

b) Trenes para el transporte de hacienda;
Trenes para el transporte de productos alimenticios;
Trenes para el transporte de mercaderías en general;

c) Vehículos del transporte fluvial que usen vías interiores navegables; ya sean para pasajeros, como para mercaderías o haciendas;

d) Omnibus, microómnibus, «colectivos», automotores en general, para transporte de pasajeros, que recorran rutas nacionales o interprovinciales;

e) Automotores, camiones, etc., para transporte de hacienda en pie u otros animales;

f) Automotores para el transporte de sustancias alimenticias, frigoríficos, etc.

g) Tranvías eléctricos o de otra tracción, que recorran rutas nacionales o interprovinciales;

h) Coches y automóviles de plaza o alquiler, para el traslado de pasajeros;

i) Coches, automóviles o ambulancias de alquiler para el traslado de enfermos;

j) Furgones o vehículos para el traslado de cadáveres;

k) Carros, automotores u otros vehículos para mudanza de muebles, mercaderías, objetos de uso personal, para recolección y reparto de ropas, cortinas y alfombras usadas;

l) Todo otro vehículo, cualquiera sea su tracción, que se utilice para el transporte de sustancias alimenticias y mercaderías en general.

2.º La Secretaría de Salud Pública de la Nación ejercerá el control higiénico-sanitario sobre las estaciones, construcciones e instalaciones que usen los vehículos a que se refiere el artículo anterior.

A tal efecto, las empresas de transporte deberán presentar a la Secretaría de Salud Pública de la Nación planos de las obras nuevas o de la modificación de las ya existentes, con el objeto de establecer si reúnen las condiciones higiénico-sanitarias exigidas, cuando esas obras se realicen dentro de las zonas de jurisdicción nacional.

3.º Le Secretaría de Salud Pública de la Nación vigilará el estado higiénico-sanitario de las vías y caminos de comunicación que recorran los vehículos citados en el art. 1.º, así como de las zonas de jurisdicción nacional adyacentes a los mismos.

Podrá, en caso necesario, adoptar las medidas profilácticas y sanitarias tendientes a evitar la propagación, por esas vías y caminos, de cualquier enfermedad transmisible.

4.º Asegurará el aprovisionamiento de agua potable, desde los puntos de vista químico y bacteriológico, de todos los vehículos de transporte terrestre, lo mismo que de sus estaciones, locales e instalaciones.

Con tal objeto controlará que se suministre esa agua;

a) Donde sea posible, por el suministro directo de A. N. D. A.;

b) Donde no existan instalaciones de A.N.D.A. vigilará que el aprovisionamiento sea hecho de acuerdo con las normas que la higiene establece, filtrando y clorinando donde sea necesario.

5.° Fiscalizará que el alejamiento y ulterior tratamiento de las materias fecales y aguas residuales sea hecho de acuerdo con las modernas normas de higiene.

A ese fin, dispondrá que, donde existan cloacas, se conecten con ellas las cañerías de las construcciones e instalaciones. Donde no haya cloacas, los w.c., estarán provistos de cámaras sépticas, con paredes y pisos impermeables.

Según los casos, se indicarán tanques Imhoff, filtros percoladores, etc.

Se evitarán los pozos negros, y, en caso de que existan, deberán estar alejados de las tomas de agua, a la distancia y el nivel que la Secretaría de Salud Pública fijará.

6.° Todo el personal de las empresas de transporte deberá estar provisto de una Libreta de Sanidad, expedida por la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

El personal antes citado deberá ser examinado anualmente y, en casos especiales, cuando lo determine la Secretaría de Salud Pública.

El personal afectado a la conducción de los vehículos deberá ser sometido a un examen médico especial y reunir las condiciones físicas que se reglamenten.

7.° Como los reglamentos en vigor no permiten el transporte de enfermos infecto-contagiosos, en los distintos vehículos de transporte terrestres colectivos, lo cual se explica por el peligro de contagio a que se expondría a los demás pasajeros, deberán adoptarse las medidas que tiendan a autorizar ese traslado en condiciones adecuadas.

Deberá dotarse a la Secretaría de Salud Pública de medios propios de transporte para los tuberculosos, leprosos o afectados de otras enfermedades transmisibles, desde sus establecimientos hasta cualquier punto del país.

La Secretaría de Salud Pública fiscalizará las organizaciones particulares que se dediquen a ese traslado.

Deberá actualizarse el reglamento de los ferrocarriles, incluyéndose en él todas las medidas que establezcan la jurisdicción de la Secretaría de Salud Pública, en todo lo relativo al estado higiénico-sanitario de los mismos, evitándose, así, el choque de

jurisdicciones con otras reparticiones, que nada tienen que ver en este aspecto del problema sanitario.

2 Sanidad de fronteras

Es indispensable destacar que las reformas y las innovaciones que se articulan más adelante, han sido incluídas en el Proyecto de Código Sanitario de la Nación, en la parte pertinente y en el Proyecto de Reglamento Sanitario, que se encuentra a estudio.

1.° Estructurar las disposiciones para implantar, dentro de Sanidad de Fronteras, todo lo referente a:

a) Inclusión de las leyes sanitarias en vigor, que tengan atinencia con sanidad de fronteras;

b) Inclusión de las disposiciones del Código Sanitario Panamericano actualmente en vigencia y de los convenios sanitarios vigentes con las naciones ribereñas y limítrofes;

c) Incluir, asimismo, todo lo relacionado con la sanidad en Aeronavegación, considerando sus modalidades propias para las inspecciones sanitarias y el tratamiento sanitario correspodiente;

d) Condicionar todo lo relativo a la higiene de la aeronavegación nacional de cabotaje;

e) Vinculado a esos problemas, abordar el que plantea la sanidad aeronáutica;

f) Se determinarán las condiciones en que deben hacerse las inspecciones en los puertos fronterizos y el tratamiento sanitario a que deberá someterse a las personas que lo necesiten;

g) Se establecerá el estudio de las medidas higiénico-sanitarias que deben regir en las vías de comunicación nacionales (caminos, ríos internos navegables, etc.).

h) Se establecerán las condiciones a que debe someterse el control en las estaciones de fronteras y en los pasos fronterizos, de acuerdo a las disposiciones internacionales vigentes en nuestro país y los convenios que se suscriban con los limítrofes.

2.° PATENTE DE SANIDAD. — Es aconsejable tratar de obtener la supresión de las mismas, ya que se trata en la actualidad, de un documento carente de valor sanitario, en virtud de las comunicaciones rápidas de hoy, que pueden traer a conocimiento de la Secretaría de Salud Pública el estado sanitario de los puertos, mucho antes de la llegada de los transportes que las presentan, procedentes del exterior.

3.° Los puertos argentinos deberán ser colocados en condiciones de que el tratamiento sanitario instituído por el Código Sanitario Panamericano, para las enfermedades de interés internacional, sea factible (establecimientos y locales adecuados para la atención, observación y tratamiento sanitarios).

4.° Asegurar que, a todos los puertos a que lleguen o puedan llegar personas del exterior, tengan los elementos necesarios para el tratamiento sanitario de los barcos que arriben (infectados o sospechosos) y de las personas sometidas al tratamiento sanitario del caso (observación y vigilancia sanitaria).

5.° Será conveniente *modificar* lo establecido en el *Reglamento Sanitario Marítimo y Fluvial,* actualmente en vigencia, en cuanto obliga a que todo barco procedente del exterior fondee, en completo aislamiento, hasta recibir su libre plática.

En ese sentido, es aconsejable establecer que, en determinados casos y, de acuerdo a la reglamentación que se establezca, la Secretaría de Salud Pública de la Nación determinará cuándo y en qué condiciones las embarcaciones procedentes del exterior deberán recibir libre plática en aislamiento, en la Rada de Buenos Aires y en qué condiciones las embarcaciones podrán recibir esa libre plática en el muelle del Puerto de Buenos Aires.

Se considera que, tanto el régimen de libre plática en la Rada para unas embarcaciones, como la inspección directa en puerto, deben ser implantados y reglamentados.

6.° Debe determinarse que toda persona que venga al país deberá estar provista de un certificado sanitario, expedido por el médico de nuestra representación consular, donde la hubiere, en el cual se establecerá:

a) Estado de salud de las personas desde el punto de vista epidemiológico;

b) Estado neuro-siquiátrico de las mismas;

c) Capacidad para el trabajo, de acuerdo a los requisitos exigidos por las leyes argentinas;

d) Las vacunaciones efectuadas a las personas y que sean obligatorias para nuestras leyes.

7.° Obtener que la representación consular argentina comunique, telegráficamente y en forma directa, a la Secretaría Nacional de Salud Púbdica, cuando se hayan producido en la zona de su jurisdicción casos de las enfermedades de interés internacional o de cualquier otra cuando se presenten en grado epidémico.

8.º Establecer que los cónsules argentinos deberán entregar a los capitanes de las embarcaciones, bajo sobre cerrado, un documento en el que se haga constar —cuando así correspondiera— la existencia de uno o más casos de enfermedades de interés internacional, con el objeto de que las autoridades sanitarias que realicen la inspección de entrada, puedan determinar si los puertos de los cuales proceden esos barcos son infectados o limpios.

9.º Habrá que determinar, con toda precisión, en qué autoridades y en qué condiciones la Secretaría de Salud Pública delegará la función de efectuar la inspección de entrada, en aquellos puertos marítimos, fluviales, lacustres, de fronteras terrestres o aeródromos en los cuales no cuente con funcionarios que puedan realizarla.

10 Deberán actualizarse las condiciones que han de reunir las embarcaciones que solicitan visita extraordinaria de sanidad y fijarse, de acuerdo con la situación actual, los emolumentos que corresponden al personal que las realice. Asimismo, se reglarán las condiciones en que se efectúe el tratamiento sanitario de las embarcaciones, solicitados por las empresas, en horas extraordinarias y el pago que deberá efectuar el solicitante al personal que intervenga en esas operaciones.

Esos tarifados o aranceles han de comprender, además de las embarcaciones, a todo transporte que deba ser sometido a tratamiento, en las mismas condiciones de servicio extraordinario.

11 Sustituir los tres libros que debe presentar cada embarcación (Libro Clínico, Libro de recetas y Libro de existencias de farmacia) por un solo libro que podrá denominarse «Diario Sanitario», en el cual el médico del barco, o, en su defecto el capitán, bajo firma, establecerá:

a) Estado sanitario de la embarcación;

b) Estado de salud de pasajeros y tripulantes;

c) Registro de los casos de enfermedades o lesiones producidas a bordo; tratamiento administrado y resultado del mismo;

d) Procedencia y condiciones sanitarias de los alimentos y del agua de consumo, lugar donde fué obtenida ésta y métodos empleados para purificarla y protegerla;

e) Medidas empleadas para impedir la entrada y salida de roedores y para proteger a los pasajeros y tripulantes de los vectores de enfermedades;

f) Cualquier otra información relativa a las condiciones de los puertos de partida o de escala.

12 Débese reglamentar la inspección sanitaria de entrada y salida, para determinar si los barcos nacionales o extranjeros reúnen las condiciones necesarias para conducir pasajeros argentinos al exterior (inspección de botiquines, existencia de sueros, etc.).

13 Establecer las modalidades propias de las inspecciones sanitarias que deban efectuarse en las aeródromos y a las aeronaves que arriban desde el exterior.

14 Reglamentar las condiciones que deben reunir los barcos del cabotaje nacional y de ultramar, las aeronaves argentinas de tráfico interno, relacionadas con el aspecto sanitario de fronteras.

15 Ha de establecerse cómo debe efectuarse la inspección sanitaria en los puertos terrestres fronterizos y cómo y en qué lugares podrá hacerse el tratamiento sanitario necesario cuando éstos estén infectados o sean sospechosos.

16 Modificar, haciéndolas más prácticas, las disposiciones relacionadas con los locales para pasajeros, en los barcos que zarpen de puertos del país y las condiciones que deben reunir los mismos, para obtener el privilegio de paquete postal.

17 Incluir en el Reglamento Sanitario Marítimo y Fluvial los artículos pertinentes de las leyes vigentes, relacionadas con el tracoma, lepra, venéreas, etc., para que sean aplicadas a las personas que aun no estén bajo jurisdicción de las leyes argentinas.

18 Establecer las sanciones que correspondan a aquellos que infrinjan las disposiciones de las leyes, decretos y reglamentos sanitarios vigentes en el país.

ORDEN DE PRELACION

I. — Construcciones

AÑOS 1947 - 1948

1 Hospital de observación y aislamiento, con laboratorio, dispensario antivenéreo, para la Capital Federal.

2 Estaciones sanitarias, pequeñas, una en zona sud, otra en zona norte, del puerto de la Capital Federal.

1 Hospital de observación y aislamiento, con laboratorio, dispensario antivenéreo, para el Puerto Rosario.

1 Hospital para observación, internación y tratamiento de la población del Delta, con laboratorio e instalaciones completas.

3 Estaciones sanitarias completas, una para La Quiaca, otra para Orán y otra para Pocito.
1 Estación sanitaria en el aeródromo de Salta.

AÑOS 1948 - 1949

2 Hospitales de observación y aislamiento, con dispensario antivenéreo anexo, uno en el Puerto de Bahía Blanca. Y otro en el Puerto de La Plata.
3 Estaciones sanitarias, con dispensario antivenéreo anexo, para los puertos de Mar del Plata, Quequén y Corrientes.
1 Estación sanitaria en el aeródromo de Los Tamarindos.

AÑOS 1949 - 1950

2 Estaciones sanitarias, con dispensario antivenéreo, para los puertos de Santa Fe y Paso de los Libres.
3 Estaciones sanitarias, con dispensario antivenéreo, para los puertos de Clorinda, San Carlos de Bariloche y Río Gallegos.

AÑOS 1950 - 1951

4 Estaciones sanitarias, con dispensario antivenéreo, para los puertos de San Nicolás, Concepción del Uruguay y Puerto Aguirre, y otra para Mendoza.

II. — Embarcaciones y automotores

AÑOS 1947 - 1948

1 Vapor de sanidad, características similares al «Rawson», modernizado, para el servicio de rada en el Puerto de Buenos Aires.
2 Lanchas rápidas, de gran porte, una para el Puerto de Bahía Blanca y otra para el Puerto de Rosario.
1 Lancha ambulancia, rápida, para el hospital del Delta.
1 Lancha con consultorios para hospital del Delta.
1 Lancha rápida, estable, para servicio del Puerto de Buenos Aires.
4 Automóviles para la Dirección y los servicios de Sanidad Marítima y Sanidad Aeronáutica.
8 Ambulancias automóvil para servicios de la Capital Federal y Bases de Aviación Sanitaria.
2 Camionetas, tipo rural, una para Buenos Aires y otra para Rosario.

AÑOS 1948 - 1949

1 Barco auxiliar de sanidad para efectuar desinfecciones en la rada de Buenos Aires.

AÑOS 1948 - 1949

3 Lanchas rápidas, de gran porte, una para La Plata, otra para Mar del Plata y otra para Quequén.

6 Lanchas rápidas, de menor calado, para los puertos de Buenos Aires, Tigre, San Nicolás, Concepción del Uruguay, Santa Fe y Corrientes.

3 Camionetas, de tipo rural, una para Buenos Aires, otra para Bahía Blanca y otra para La Plata.

AÑOS 1949 - 1950

1 Lancha rápida y de gran porte para el Puerto de Río Gallegos.

1 Lancha rápida, de menor calado, para el Puerto de Rosario.

1 Barco hospital ambulancia para el transporte de enfermos y heridos en el litoral argentino.

1 Camioneta rural para los servicios del Puerto de Buenos Aires.

AÑOS 1950 - 1951

1 Barco hospital, marino, para los puertos de la costa sud argentina.

2 Ambulancias automóvil, una para Rosario y otra para Bahía Blanca.

2 Camionetas de carga, para el Puerto de Buenos Aires.

4 Ambulancias automóvil para completar los servicios de Sanidad Aeronáutica y Aviación Sanitaria.

III. — **Aviación Sanitaria**

4 Aviones, de porte, quirúrgicos, equipados.

10 Aviones ambulancias, rápidos.

5 Helicópteros.

En virtud de que la adquisición de las máquinas deberá ser realizada por la Secretaría de Aeronáutica, como asesora en todo lo relacionado con el aspecto mecánico y deberá respetarse el régimen de compras que ella determine, conviniendo, indudablemente, la compra conjunta de los aparatos, para obtener un mejor precio, lo cual facilitará, también, la rápida dotación de los servicios de Sanidad Aeronáutica (Aviación Sanitaria), no es posible distribuir, anualmente, esas compras.

El aprovisionamiento de los aparatos será convenido, pues, con la citada Secretaría de Aeronáutica de la Nación, procurando que ello se realice a la mayor brevedad, para estar en condiciones de habilitar tan importante servicio de auxilio médico.

CAPITULO XII

MEDICINA DEL DEPORTE

Perfeccionamiento Físico y Espiritual del Niño y del Joven por los Deportes y la Gimnasia Científicamente Controlada para Mejorar el Biotipo Argentino.

Nuestro objetivo principal, preocupación médica constante de los tiempos que pasamos, está orientado hacia un perfeccionamiento físico y espiritual del niño y del joven por los deportes y la gimnasia científicamente controlada.

Constatamos que en nuestro país, en el cual el Estado invierte sumas considerables de dinero para el fomento de las actividades deportivas y gimnásticas, no han sido suficientes las mismas, dejando claros evidentes en las etapas de la vida y, muy especialmente, en la niñez (pre-escolar), escolar femenina, tercera infancia y, por último, en el joven. Más aún sentida es la necesidad de la vigilancia médica de las actividades de la educación física por especialistas conocedores del problema, estableciendo la clasificación adecuada para cada edad y controlando sus resultados.

Para conseguir este objetivo, postulado máximo de toda una obra de gobierno sanitario, establecemos nuestro plan desarrollándolo en cuatro capítulos principales.

FORTIFICAR LA RAZA Y EL DESARROLLO FISICO DEL INDIVIDUO

Para ello consideramos la necesidad de crear un Laboratorio de fisiología de los deportes, la preparación de un Plan de educación física popular y una organización de Divulgación Popular.

Laboratorio de fisiología de los deportes

La instalación de un Laboratorio de fisiología de los deportes permite el estudio de los deportes en su faz aplicada al cuerpo humano, considerando las reacciones que puedan producir en él, en sus aparatos circulatorio, respiratorio, locomotor, orgánico y nervioso.

Establecer los límites que puedan resistir los tejidos y dosificación del trabajo físico deportivo, estudiando su aspecto energético, su faz formativa y su faz educativa.

Este laboratorio formará parte del Instituto de Fisiopatología del Deporte donde se estudiará la otra etapa médica de nuestro problema, que es la patología del deporte. Este instituto contará, además de las instalaciones habituales de dirección técnica y administrativa, con consultorios de traumatología deportiva, orientación deportiva, fichaje médico físico, cardiología, radiografías, laboratorio de análisis clínicos, odontológico y kinesiológico para reeducación y rehabilitación y gimnasia médica.

Contará con 100 camas distribuídas en la siguiente forma: 10 camas para control y experimentación, 60 para traumatología y cirugía especializada, 20 para clínica general y 10 para rehabilitación.

Para la atención alimenticia de los internados, la cocina tendrá una especial vigilancia dietética para los deportistas en la faz recuperación y en la faz de las normas alimenticias, durante las prácticas de los deportes y entrenamientos.

Escuela de Médicos

Fundamentos. — Esta escuela de educación física, tendrá por misión especial recibir los médicos y los egresados de los institutos formativos de docentes, en la rama de educación física y ciencias auxiliares, a los efectos de perfeccionar sus conocimientos mediante estudios superiores en la materia.

Para la ciencia médica funcionará una rama especial, donde podrán anotarse todos los egresados de las facultades de medicina que quieran optar al título de «Médico especialista en Educación Física», debiendo reunir requisitos de aptitud y capacidad orgánica indispensables.

Para los kinesiólogos, directores de deportes, entrenadores deportivos y masajistas, funcionarán cursos especiales de educación física a los efectos de otorgarles la correspondiente habilitación en esta rama de la educación dentro de la especialidad de cada uno.

Primordialmente la función específica de la escuela no será la formación del docente de la materia, sino su reacondicionamiento para tareas y fines más completos, dentro de un concepto armónico y centralista que abarcará la reeducación, formación morfofisiológica y capacitación, en base a la condición salud.

A los efectos de la organización, estará dividida en Especialidades y Cursos; siendo las primeras, para los que posean ya título oficial, o los egresados con título en la rama de las ciencias médi-

cas; y los segundos, para los que, ejerciendo una actividad dentro de la materia (sin poseer título oficial u oficializado) aspiren a una habilitación. La eliminación del «empirismo» será su finalidad.

Además, su finalidad se extenderá al estudio y la investigación de las ciencias relacionadas con la educación física, que funcionará en el Instituto de Fisiopatología y Traumatología del Deporte y al cual estará anexa la Escuela.

Esta escuela consta de tres secciones de especialidades: a) para profesores, b) para médicos y c) para kinesiólogos.

a) Serán profesores especializados aquellos que aprueben el siguiente programa distribuído en años: Cinesiología, Anatomía y Fisiología Aplicada; Fisiopatología respiratoria, Biometría, Fisioterapia, Historia y Pedagogía, Filosofía, Sociología, Psicología, Bioestadística, Gimnasia, Atletismo, Deportes, Natación, Defensas, Planificación de colonias y campamentos, Práctica de hospital. Recibirán diploma de Catedrático en Educación Física.

b) Para los médicos, el plan de estudios consta de las siguientes asignaturas: Fisiología aplicada, Cardiología, Biometría, Cinesiología, Bionergética, Fisiopatología respiratoria, Traumatología deportiva, Higiene aplicada, Sociología, Organización y Planificación, Psicología y Filosofía de la Educación Física. Didáctica de la gimnasia, Práctica de la Educación física con obligación de exámenes. 1.° Gimnasia, 2.° Deportes, 3.° Defensas. Recibirá diploma de médico especialista en Educación Física.

c) Para los kinesiólogos constará de las siguientes asignaturas: Anatomía y Fisiología aplicada, Biometría, Higiene aplicada, Fisiopatología respiratoria, Socorro de urgencia, Fisioterapia, Didáctica de la gimnasia, práctica de la educación física, con obligación de exámenes. 1.° Gimnasia, 2.° Deportes, 3.° Defensas, 4.° Organización de entidades deportivas y planificación de campamentos. Recibirá diploma de profesor Director de Educación Física.

Además, la escuela de educación física preparará dos cursos de habilitación, uno para profesores sin título que hayan cursado centros formativos privados, otorgándoles un diploma de instructor de educación física, y otro curso para habilitar entrenadores sin título, que obtendrán título oficial de Entrenador diplomado. Cursos de profesores de natación y salvamento.

Para constituir esta escuela superior de educación física se contratarán profesores extranjeros en ciertas especialidades que en nuestro país no existan y se instituirá, al término de los estudios, una beca al mejor alumno para perfeccionarse en una especialidad en el extranjero.

Con este criterio no será necesario enviar en estos momentos equipos de profesionales a estudiar fuera del país, lo que erogaría

muchos gastos, y será más beneficioso si se contratan profesionales, porque podrán ser aprovechados por mayor número de alumnos.

El plan de asignaturas que se propone para la escuela podrá ser cubierto casi en su totalidad por profesores argentinos. Se dejará para más adelante el envío de profesionales médicos, kinesiólogos y profesores de educación física al extranjero con fines de perfeccionamiento.

Escuela Superior de Educación Física. — Distribución de locales

Un anfiteatro con capacidad para 100 alumnos, con máquina de proyección y cinematografía.

Seis aulas con capacidad c/u/. para 30 alumnos.

Dos salas de trabajo práctico.

Dos gimnasios cubiertos y una pista alrededor.

Una pileta de natación cerrada.

Una sala para armas y deportes de defensa.

Un pabellón para internados y comedor para personal. Oficinas administrativas y directivas de la escuela, Archivo, Museo, Depósito General.

Plan de Educación Física Popular

El plan de educación física popular tiene por finalidad hacer llegar a los distintos órdenes de la actividad humana (comercial, industrial y educacional,) los beneficios de una organización que, por sus aspectos científicos y técnicos, sea una garantía de mejoramiento del potencial humano.

Este mejoramiento lleva involucrado no sólo el desarrollo orgánico en sus funciones vegetativas y musculares, sino también despertando el valor al desprendimiento de sí mismo y el cariño por las costumbres nuestras.

La práctica del mismo alejaría a la niñez, al joven y al adulto de la calle y de juegos y entretenimientos perniciosos, tales como las carreras y los bailes populares explotados en salones de dudosa moralidad. Emplearían ese tiempo en una actividad que redundaría en el acrecentamiento de la salud y por ende se vigorizaría la raza.

En el aspecto social daría oportunidad a que los diferentes sectores sociales que componen la sociedad alternen por medio de juntas gimnástico-deportivas, evitando con ello el virtual aislamiento en que se hallan en la actualidad.

En el orden de la defensa nacional, contribuirá a facilitar a las fuerzas armadas, hombres y mujeres aptos, física y espiritual-

mente, y en la posconscripción mantener a los mismos en un nivel adecuado de entrenamiento físico.

En su realización se contemplan necesariamente los factores que incidan en el mismo.

Organización técnica y de control

La educación física que se ha de llevar a la masa comercial, industrial y educacional y con esta la pre-escolar, estará a cargo de una Inspección General que tendrá como misión la orientación y fiscalización de todos los profesionales que actúan bajo su dependencia.

Dividido el país en zonas, serán cabeceras las que se determinen oportunamente. De acuerdo a la importancia de las mismas, se subdividirán en una o más subzonas. Cada una de éstas contará con médicos para el contralor morfológico funcional de los concurrentes; con profesores y profesoras de educación física; con médico dietista, quien determinará los regímenes alimenticios según la edad y actividad física a desarrollar. Asimismo con kinesiólogos para corregir defectos de conformación y reeducación.

Plan de Educación Física y Espiritual

Conprende la parte de educación física, la gimnástica, la deportiva y la atlética. Será la gimnástica base de toda actividad física, ya que da fuerza, agilidad, destreza y desprendimiento de sí mismo. Debe ser impartida con planes meditados en cuanto a su progresión y constatados sus resultados, lo que permitirá pasar a un ciclo superior de trabajo y subsanar los inconvenientes que se hayan presentado.

En su confección debe contemplarse la característica que presenta el ser humano según sus actividades. En los niños será de carácter recreativo. En los empleados de comercio se contemplará el régimen sedentario y en los trabajadores manuales, las deformaciones producidas por el mismo.

En cuanto a la parte deportiva atlética, se practicará con los jóvenes en forma de escuela y con los adultos en forma formal. Debiendo procurarse que, de acuerdo a las características del medio ambiente, se difundan aquellos que los medios naturales facilitan.

Se eliminará a la mujer de toda actividad atlética y, en cuanto al deporte, practicará ella aquellos que estén dentro de su feminidad y posibilidades físicas.

Los deportes foráneos que no se adapten a nuestra idiosincrasia serán eliminados. En lo espiritual se formarán coros, se

practicarán bailes nativos y se contribuirá a la formación de la conciencia aeronáutica con la práctica del aeromodelismo.

Orientar y asesorar las actividades de las instituciones deportivas

Si bien del plan popular se deduce la acción del Estado sobre las entidades deportivas pobres, las organizadas con el esfuerzo popular del obrero y del empleado en su barrio, realizan un trabajo interesante, con todo cariño, pero faltos de la palabra oficial que les oriente y asesore en sus actividades. La Secretaría de Salud Pública de la Nación asesorará mediante el envío a las mismas de técnicos, profesores y médicos especializados, haciendo una verdadera acción orientadora médico-preventiva, evitando que el empirismo perjudique el mejoramiento del biotipo argentino que tenemos por finalidad.

Comisión Coordinadora de los Presidentes de Federaciones

Creemos necesaria la creación de esta comisión a los fines de cumplir con el plan de educación física popular en todos su aspectos, debiendo las federaciones representadas por sus presidentes coordinar la acción para el éxito de dicho plan.

Comisiones cooperadoras de los clubes deportivos

La constitución de estas comisiones es importante en toda la obra de barrio bien organizada, pues permite que el esfuerzo colectivo de los vecinos, constituídos en comisión, preste apoyo moral y material a un club o centro de educación física, allanando las dificultades que se les presenten para la marcha de los mismos y trabajando por el mismo ideal de nuestra finalidad.

Divulgación Popular

Las obligaciones sociales, inherentes a la división del trabajo en los países civilizados, alejan a los seres humanos, en forma paulatina, del contacto con la naturaleza. Así, por ejemplo, el ente moderno ya no se vale de sus piernas para caminar, utilizando los más heterogéneos medios de transporte, a fin de trasladarse de un punto a otro, aunque sea poco distante. Si vive en casas de altos, tampoco usa sus piernas para recorrer las escaleras: No, es el ascensor quien lo conduce al piso en que vive. También su comida la ha transformado, pues ya los frutos de los árboles los come mondados y endulzados en forma refinada. Es decir, el hombre moderno se va alejando cada día más del antepasado, que vivía y dominaba a la naturaleza en forma sencilla. Ahora, el cerebro impera y es el soberano de todas las fuerzas. Tal es el poder de la civilización.

Sin embargo, la naturaleza se ha vengado de este abandono o divorcio del hombre con la madre tierra. Brota la *pareja humana más débil, miope y más propensa a las enfermedades*. Pero, por suerte, le queda al «Homo Sapiens» una esperanza o panacea que viene a mitigar o equilibrar esta falla o inarmonia. Nos referimos a la educación física, ciencia y arte de la actividad muscular, disciplina que coadyuva a mejorar y mantener la fuerza y la belleza, tanto estática como dinámica.

En efecto, la educación física es la única forma que se conoce como capaz de lograr un mejoramiento racional de la especie. Se busca por este camino, brindar al pueblo, no sólo la recuperación de su salud, sino también ofrecerle una nueva forma de encarar la vida, esto es, la recreación por los juegos y demás esparcimientos, por la vida al aire libre, ocupando sus horas de ocio.

Se quiere que la enseñanza formal sea integral, vale decir, que ella llegue al cerebro, al corazón y al músculo. Se pretende, con la educación física, que la juventud sea sana, alegre y valiente. Se desea que la futura raza o grupo étnico argentino sea superior, y que este concepto constituya un timbre de orgullo para todo el pueblo, sin distinción de sexo, de edades ni medios económicos. Pretendemos encarar o sofocar este problema estableciendo una sección técnica de divulgación destinada a formar o despertar una conciencia entre la masa del pueblo.

Para realizar tal propósito, se valdrá de los siguientes medios:

1 — Boletín de Educación Física.
2 — Biblioteca técnica y cartilla de propaganda.
3 — Archivo.
4 — Museo y exposición permanente.
5 — Congreso.
6 — Campaña de avivamiento (películas y concursos).
7 — Oficina de informes.
8 — Censo.
9 — Propaganda radiotelefónica - claves de educación física y de orientación popular.

Boletín de Educación Física

La publicación de una revista mensual sobre la materia, es de una importancia capital, no sólo para los técnicos o versados sobre el particular, sino también para toda la juventud que se solaza en las fiestas del músculo. Por este medio se orientará a los deportistas y se les acicateará para que usen el mejor camino, que les dará el laurel de la victoria en sus justas.

La ausencia de libros sobre educación física contribuye a abonar más la desorientación que existe sobre la materia. Se desconocen hasta los reglamentos de los deportes que se juegan y sus metodologías.

Es común ver al pueblo alborozado concurrir a estos cotejos somáticos y observar cómo se queja por tal o cual intervención atinada del árbitro, por cuanto la anarquía más completa reina en la mente de esa masa pujante que puebla los estadios.

También se carece de una historia sobre esta materia tan popular como recreativa. Urge, pues, publicar trabajos existentes en bibliotecas particulares y hacer llegar tales enjundiosas producciones a todos los amantes de la lectura o de la ansiada consulta.

Fichero Nacional

Hasta el presente, se desconoce el número y calidad de los profesionales con que el país cuenta para iniciar cualquier campaña. Todo se ha dejado librado al azar.

Es indispensable, entonces, que el Estado sepa cuáles y cuántos servidores técnicos posee, que sepa si hay carencia o plétora de profesores. Por lo tanto, la formación del censo sobre el particular se hará en la forma y fecha que aconsejen las circunstancias.

A los fines de obtener en cualquier momento datos estadísticos de educación física, la preparación de un fichero nacional será una rama importante del servicio del Estado.

La planificación del Instituto de Fisiopatología del deporte y su Escuela Anexa es la siguiente:

INSTITUTO DE FISIOPATOLOGIA DEL DEPORTE Y ESCUELA ANEXA

Local I

Planta baja

1 — Hall de entrada.
1 — Corredor, sala de espera.
1 — Consultorio clínico.
1 — » » electrocardiografía.
1 — » » traumatología.
1 — » » odontológico.
1 — » » rayos X.
1 — » » diatermia.
1 — » » kinesiológico.
1 — » » gimnasia reeducativa, aparatos.
1 — » » especialidades.

1 — Laboratorio clínico.
1 — Lavatorio.

Primer piso

1 — Laboratorio clínico.
1 — Laboratorio análisis biológicos y químicos.
1 — Local para resguardo de animales de experimentación.
1 — Escritorio.
1 — Depósito de materiales y drogas.

LOCAL II

Planta baja

1 — Hall de entrada.
1 — Dirección (Director, escritorio, baño).
1 — Sala grande.
1 — Médico interno.
1 — Dormitorio particular.
1 — Cuarto de baño y lavatorios.
1 — Comedor.
1 — Cocina general.
1 — Comedor maestranza.

1er. piso

1 — Sala de 60 camas.
1 — Sala de operaciones.
1 — Esterilización.
1 — Vestuario médicos.
1 — Enfermeras.

2.° piso

Sala 10 camas
» 15 »
» 10 »
Salita enfermeras.
Dormitorios.
Inter — becados.

ESCUELA

Subsuelo

1 — Pileta de natación.
1 — Vestuario.
1 — Sección baños.
Sección calderas.
Escaleras para el 1er. piso.

Planta baja

1 — Hall de entrada.
1 — Dirección.
1 — Sala secretaría.
1 — » regencia.
1 — » profesores.
1 — C. baños W. C.
1 — Vestuario privado profesores, con baño.
1 — Biblioteca.
1 — Administración.
1 — Oficina empleados.
1 — Archivo y ficheros.
1 — Sala consejo.
1 — » presidencia de consejo.
1 — Anfiteatro para 100 personas.

1er. piso

1 — Aula 1er. año.
1 — Id. íd. íd.
1 — Id. 2.ª íd.
1 — Id. 2.ª íd.
1 — Museo y resguardo láminas.
1 — Gimnasio.
1 — » auxiliar.
1 — Sala de armas.
1 — Oficina servicio social.
1 — » informes.
2 — Baños completos.
1 — Sección W. C. y mingitorios.
1 — Lavatorios.

OFRECER LA OPORTUNIDAD AL PUEBLO DE PONERSE EN CONTACTO CON LA NATURALEZA. DESCANSO, VACACIONES Y PASEOS POPULARES

Facilitar en las horas libres y en las vacaciones el esparcimiento popular con moderado deportismo.

Descanso. — En la terapéutica moderna es muy grande la importancia que se le atribuye al descanso, cuyos efectos fisiológicos se traducen en la desaparición de los fenómenos de autointoxicación provocados por la fatiga, excesos de trabajo, permanencia en lugares de aire viciado, etc., que al no ser tratados a tiempo, son los orígenes de graves males.

Proporcionar a la población la oportunidad para que pueda concurrir sin trabas y con poco costo, a sitios saludables del cam-

po, las playas, las montañas y el mar, es colaborar con eficacia para que su descanso contribuya al bienestar.

Vacaciones. — Este período anual, considerado como un derecho para todos, debe ser la feliz ocasión de esparcimiento grato en lugares de belleza natural, de que es tan pródigo nuestro país.

El niño, el joven, el estudiante, el obrero, el empleado, las familias, deben veranear por poco dinero al aire libre.

Es una manera eficaz de reponer las energías que gastan en las ciudades.

Facilitar el acceso y goce de las amenidades campestres para todos.

Ubicar cómodamente a los que requieren el aire del mar, de la llanura y de la montaña, ofreciéndoles buena y fresca alimentación.

Destacar el valor de la vida sencilla en un ambiente honorable de mutua simpatía, identificando al pueblo más hondamente con el paisaje, es la acción que pretenden cumplir las colonias de vacaciones y los campamentos populares.

Paseos populares. — Utilizar inteligentemente todos los medios adecuados de transporte y demás comodidades, a fin de que el pueblo pueda efectuar paseos a precios reducidos.

Ofrecer excursiones a lugares de interés histórico, cultural y de belleza. Cumplir un razonable programa recreativo, matizando las horas de diversión con las más recomendables para el reposo.

Organizar paseos al campo, estimulando una observación bien orientada de las tareas rurales; educando con esa hermosa gama de emociones, hacia el verdadero concepto de su importancia en la vida del país.

Vincular a las poblaciones de los medios urbanos con los del campo, conociéndose recíprocamente sus anhelos y sus aspiraciones.

El funcionamiento de colonias de vacaciones en las hermosas regiones del sud, permitirá un mejor conocimiento de nuestra zona austral por nuestra población modesta.

Estadas a bajo costo permitirán la afluencia de muchas personas a lugares donde se practican los interesantes deportes en la nieve, hoy sólo al alcance de los más pudientes económicamente.

Ofrecer al veraneante un horizonte más amplio de lugares de descanso y solaz donde ubicar sus preferencias, de acuerdo a sus posibilidades económicas, es contribuir a un mayor conocimiento de las bellezas naturales del país.

Es, actualmente, escasa la cantidad de personas que goza de los beneficios de las colonias de vacaciones instaladas.

Grande es el porcentaje de los que permanecen en las zonas urbanas imposibilitados de concurrir.

Su organización deficiente no permite llenar una de las finalidades esenciales: brindar un descanso grato en un ambiente de sana camaradería; obliga a contemplar seriamente la transformación del régimen imperante que lleve a un más útil funcionamiento de estos organismos.

Con otras directivas, la colonia de vacaciones de Empleados Públicos de Río III, por ejemplo, con sus cómodas instalaciones, permitirá que muchos más gocen de las ventajas del clima de las sierras.

Existen costosas y cómodas instalaciones de colonias de vacaciones que solamente son utilizadas en los meses de verano, es decir, una mínima parte del año.

Es lamentable que no puedan ser empleadas con fines de descanso, excursiones, estadas de fin de semana, etc., en otras épocas.

Se proveerá un plan coordinado con otras instituciones oficiales y privadas de bien público a fin do salvar esta anomalía. Es necesario hacerlas funcionar todo el año.

En algunos casos será necesario realizar pequeñas refecciones que permitirán utilizar espléndidos locales en bien de la salud de la población.

Los parques y los bosques contribuyen, con su belleza, a estimular los sentimientos emotivos derivados del cambio de ambiente, y su tranquilidad proporciona el sedante necesario al sistema nervioso del hombre y de la mujer que estudian y que trabajan.

Es imprescindible que las grandes aglomeraciones humanas, como elemental medida higiénica de su agotadora labor, tengan parajes amplios para descansar.

Como el treinta por ciento de la población total del país está en la Capital y suburbios, es necesario dotar a los grandes parques urbanos y periurbanos de instalaciones que les permitan recibir el aporte de gran cantidad de público con elementales comodidades para ubicarse en caso de mal tiempo.

Los hábitos que exigen una vida activa al aire libre, poblarán los parques y los bosques urbanos y periurbanos, pudiendo apreciar las bellezas que encierran todos los habitantes.

En las mejoras edilicias que han de efectuarse en las ciudades, deberá contemplarse la implantación de eficientes servicios de salud y de bienestar, utilizando los espacios verdes. El buen uso del tiempo libre del pueblo será organizado más allá de los lugares de recreación. Excursiones y deportes, moderadamente ejecutados, con nobles ansias de superación, llevarán hacia la práctica de las artes, los oficios y las actividades culturales.

Campamentos Populares

La identificación de la vida al aire libre será un insuperable elemento para el mejoramiento integral de la raza.

La decidida orientación de nuestro país hacia la industria y la natural expansión del trabajo de los obreros en las fábricas y en los talleres, y de los empleados en el comercio, ha creado la necesidad imperiosa de que esa gran masa humana que tanto contribuye a nuestra recuperación económica y cuyo bienestar es una constante preocupación del gobierno, pueda mantener su capacidad normal de trabajo por medio del útil aprovechamiento de sus horas libres y de sus vacaciones.

Para conservar su salud y su eficiencia, el descanso debe ser en lugares alejados de la ciudad.

El campamento popular, instalado en lugares accesibles, de belleza y de clima benigno, brinda al niño, al joven, al obrero y al estudiante, al empleado y a sus familiares, el lugar privilegiado y económico para gozar de sus vacaciones en un ambiente grato para su espíritu.

De organización sencilla, los concurrentes, ubicados por grupos homogéneos en carpas, casillas, cabañas, etc., al lado de la naturaleza, tendrán los beneficios de una alimentación sana, fresca y abundante, oportunidades de moderado esparcimiento y una disciplina agradable que permita gozar a todos por igual.

Será estimulada la cooperación, la solidaridad, brindando oportunidades de diversión agradable, fomentando el espíritu de competencia leal.

En conversaciones amenas se inculcarán hábitos que ayuden a inmunizar a las personas de las enfermedades.

La ubicación y la amplitud de los campamentos populares de fin de semana, responderá al principio de que se pueda concurrir empleando poco tiempo en el viaje, costo de estada económico y gran capacidad de admisión.

Ofrecerá en la zona ribereña del Plata el sitio ideal para la familia de modestos recursos. Estos campamentos serán también adecuados para el descanso de un día.

Hermosos parques de la periferia serán aprovechados. Se creará el verdadero concepto de que un campamento popular no es el ambiente desarreglado de un «pic-nic».

Los interesados en concurrir tendrán una organización informativa que les proveerá de los horarios, las tarifas, medios de traslado y paseos más frecuentes en las respectivas zonas donde estén ubicados los campamentos populares.

Su funcionamiento será en épocas propicias, pudiendo ser periódicos o permanentes.

En la inscripción previa indispensable constará la buena salud de los acompañantes.

En los campamentos populares variará únicamente el aspecto recreativo en el plan general de las actividades diarias, según sean los concurrentes, estudiantes, obreros o empleados.

En la clasificación de estudiantes agrupamos a las niñas de edad escolar y a los jóvenes hasta 17 años que siguen cursos de enseñanza.

Podrán concurrir asociados de los clubes deportivos, asociaciones culturales y de fomento de las ciudades, como también de las regiones cercanas donde funcionen los campamentos populares, cuya edad oscile entre 10 y 17 años.

Se contemplará la organización de turnos femeninos exclusivamente. Los niños y los jóvenes encontrarán el cauce propicio a su entusiasmo en la vida al aire libre.

Las enseñanzas de la naturaleza quedan grabadas en el espíritu joven y contribuyen poderosamente a la formación de su carácter. Se facilitará la concurrencia de profesores y maestros con sus alumnos, formando grupos homogéneos.

La organización de los campamentos populares para obreros tendrá un mínimo de exigencias internas necesarias para asegurar el bienestar de todos.

En esta categoría entran los jóvenes que trabajan en las fábricas y en los talleres.

En todos los casos se respetarán las respectivas inquietudes.

De la misma manera se procederá con la organización para empleados. Caben aquí los numerosos que actúan en el comercio y que tanto necesitan del ambiente sedativo de la vida al aire libre.

Cuando las circunstancias lo permitan, se facilitará la concurrencia de familias y de madres con niños pequeños.

Planificación de Colonias Marítimas

La hermosa costa atlántica ofrece lugares ideales para ubicar una serie de colonias de vacaciones que, al permitir un mayor acceso de veraneantes, colaborará eficazmente en la creación de la conciencia marítima. Se tratará de vincular al veraneante con su zona de residencia y, además, se organizarán paseos que lleguen a ofrecer la interesante variedad del mar y de las sierras.

La coordinación entre la acción oficial y privada permitirá brindar mayores perspectivas de solaz a todos.

Todo este conjunto organizado de colonias y campamentos de vacaciones, permite al Estado llenar la finalidad de facilitar en las vacaciones el esparcimiento popular con moderado deportismo.

CREACION DE CENTROS DE EDUCACION FISICA

Formar hombres de honor dispuestos a afrontar nobles peligros.

La creación de Centros de Educación Física en todo el país es imperiosa. Estos centros serán lugares de verdadera aplicación de los postulados de la acción médico-social del gobierno en sus fases educativa y preventiva. Esta creación se efectuará centrípetamente, tomando como eje la Capital Federal y comenzando por las provincias donde la mortalidad infantil es mayor. Para ésto se llegará a un acuerdo con los gobiernos provinciales a los fines de la cesión de terrenos donde construirlos. Permitirá el mejor aprovechamiento de las horas libres y servirá de complemento en la educación general de la población que rodee sus instalaciones. Atraerá a su seno a los niños, sacándolos de lugares insalubres o de las calles, brindándoles las comodidades de que muchos carecen en sus hogares, ya sea por el hacinamiento o factores ambientales, transformándoles su carácter por medio de una educación integral y una orientación y vigilancia médica constante.

En estos centros encontrará la población un lugar de sano esparcimiento corporal y espiritual, con instalaciones modelo de especialidad, ya sea por sus salones, gimnasios, baños, biblioteca y comedores, estableciendo sólidos vínculos entre sí y el Estado para una patria mejor.

Estos centros de diversos tipos, proporcionales a la importancia del lugar y la población, van a llegar a ser el punto obligado de concurrencia de la población, sobre todo en provincias y territorios, siendo asiento, asimismo, de las autoridades sanitarias de la Secretaría de Salud Pública destacadas en provincias.

En una palabra, el centro de educación física entrará en el hogar para orientar a la familia hacia una vida mejor.

Organización del desarrollo técnico médico

Serán directores de estos centros, médicos especializados, a los efectos de la organización básica de Salud Pública, por considerar problema biológico la educación física: de ahí que este capítulo comprenda un departamento médico y otro cultural.

Será el departamento médico la base del desarrollo técnico de la educación física en el centro, contemplando la fase formativa fisiológica normal y la fase patológica deportiva. En la fase fisiológica, las directivas y normas para las clases de las universidades, escuelas y colegios. En la fase patológica, la gimnasia médica de recuperación y la reeducación.

Constituído este consultorio con todos los elementos necesarios, contribuirá a la confección de la ficha médico-física y la libreta sanitaria, colaborando así con la medicina preventiva en su plan de acción escolar primaria y secundaria.

Gimnasia Médica

Esta será ejercida exclusivamente por kinesiólogos, quienes tomarán a su cargo los casos examinados previamente por el cuerpo médico. Se deslinda así que el kinesiólogo se responsabiliza de la acción gimnástica para la corrección de deformaciones somáticas o adquiridas. Se realizará en esta sección una gran campaña de gimnasia educativa para contrarrestar las afecciones que más se insinúan en el niño y que dejan su rastro incurable en el adulto. (Escoliosis, pie plano, etc.).

Reeducación

Problema éste importante, pues tanto la reeducación motriz como la orgánica son, ambas, fundamentales para la reintegración a la buena salud. La marcha defectuosa, estar de pie, las afecciones deformantes (poliomielitis, parálisis infantil), las atrofias musculares por trabajo unilateral, la deficiencia respiratoria, todo un capítulo de la patología del aparato respiratorio, son de vital importancia por su preponderancia en los tejidos, la reeducación respiratoria, enseñar a respirar mejorando así los índices vitales de la población.

Clases en las Universidades, Escuelas y Colegios

Los centros de educación física, verdaderos lugares de confraternidad del músculo y el cerebro, tienen como base la organización de las clases gimnásticas de formación y los planes de cultura física integral. En él, el obrero, el empleado, el estudiante, tendrán su clase adaptada al grupo físico a que pertenezcan y modelarán conjuntamente sus caracteres, sus físicos y sus sentimientos. El niño y el joven en estos centros tendrán la gimnasia y el deporte científicamente controlado, y si no fuera ejecutado dicho plan en él, la orientación será aconsejada en la enseñanza media de la siguiente forma, ateniéndose a una unidad de planes.

Centros de Educación Física en las Escuelas y Colegios

La educación física debe ser impartida diariamente, pues siendo su enseñanza hábito de higiene, debe reunir todas las condiciones que la misma requiere. Consideramos que la enseñanza que se imparta debe reunir las finalidades educativas para la cual fué impuesta, pues los ejercicios físicos o ejercitaciones deben ser co-

rrelacionadas o evolutivas de año a año, de acuerdo con las edades y al plan de enseñanza de otras asignaturas que existen en vigor. Si los planes están orientados en forma gradual, esta asignatura debe adaptarse a dicho plan, subordinándose a una directiva común que constituya una educación integral del alumno.

Si para los planes de estudio se tiene en cuenta la edad y el desarrollo mental del alumno, como base para impartirle conocimientos adecuados a la misma, yendo gradualmente en evolución como elemento colegiado que es la educación física, debe regirse con el mismo criterio.

En los distintos congresos argentinos y extranjeros de la materia, se ha hecho resaltar la necesidad de un programa orgánico y se presentaron las bases para el mismo desde el punto de vista pedagógico y médico. Impartiéndose diariamente clases de educación física, debe recordarse que ella será realizada en lugares adecuados y de preferencia en los establecimientos y en los turnos respectivos, no olvidando que el Estado es responsable de la buena y correcta ejecución de los mismos, como así de la salud de los alumnos, suministrándoles todo lo que sea necesario, comodidades, vestuarios higiénicos, duchas y baños con agua caliente. No pudiendo realizarse ésto, es preferible suspender dicha actividad. El profesor de educación física desarrollará su clase puramente práctica, que estará de acuerdo con el criterio anteriormente expresado, dejando la parte de higiene, teoría a la asignatura correspondiente que figura en el plan de enseñanza, no dejando por ello de asesorar en los conocimientos rudimentarios.

Entendemos que todas las asignaturas deben desarrollarse armónicamente sin molestar en sus funciones específicas, complementándose para obtener una educación integral del alumno tanto física como mental.

Como la función específica de los establecimientos secundarios es la enseñanza en todos sus aspectos, creemos que los campeonatos intercolegiales deben ser sustituídos por prácticas, mediante invitaciones recíprocas entre colegios en días de recreación, sin previos entrenamientos.

La escuela no persigue la finalidad del campeón físico, sino la perfecta preparación del alumno, velando así por su propia salud al inculcarle prácticas de higiene. Decimos prácticas de higiene porque al efectuar diariamente ejercicios adecuados y la limpieza de su cuerpo, elimina toxinas que acumula como consecuencia del desgaste mental, que redunda en su metabolismo general. Los ejercicios en el primer año deberán tener en cuenta si la diferenciación del aparato digestivo se realiza normalmente, si el alumno es un insuficiente respiratorio, si su crecimiento, en lo que respecta al sistema óseo, tiene estímulos naturales. Se le debe proveer de

ejercicios que tiendan al estímulo de estas reacciones. Es importante la ventilación pulmonar y la actitud postural en este primer año.

En el segundo año, contemplar la diferenciación del aparato respiratorio, su evolución con respecto a la circulación y a la evolución biológica.

Existe en este año inestabilidad y comienza a despertarse en el alumno una conciencia de responsabilidad en el estudio. Por lo tanto, los ejercicios deben ser estudiados cuidadosamente, de modo que favorezcan los estímulos orgánicos, reviendo en la primera parte del programa de este año lo realizado en el primer año y agregando ejercicios adecuados a los cambios hormonales. En las niñas, el plan debe ser adecuado al tipo somático, el ritmo, así como los ejercicios respiratorios les beneficiarían grandemente cuidando su estructuración ósea ligamentosa, apartándose de todo esfuerzo dinámico y de resistencia. En el tercer año, ver si la diferenciación del aparato respiratorio sigue su evolución, el crecimiento en su potencia más intensa y la función hormónica-glandular diferenciada. El plan de estudio general, despierta inquietudes e inclinación del alumno hacia determinada ciencia; los conocimientos en todas las asignaturas tienden a estimular la ejercitación cerebral preparada en el 1.° y 2.° años, completando así el alumno su primer ciclo.

Por lo tanto, la ejercitación física debe proveer buena circulación sanguínea y ventilación pulmonar completa y perfecta, insistiendo en los movimientos que cuiden el desarrollo óseo articular y el sistema muscular, evitando llevar al mismo a hipertrofias. En una palabra, ejercicios naturales.

En el cuarto año, la diferenciación del aparato respiratorio se hace más intensa y el hábito conseguido por el primer ciclo conviene ahora a la diferenciación muscular y el aparato circulatorio, orientando la atención hacia el corazón. Inicia el alumno un ciclo superior, su preparación ha de ser intensiva, estudia asignaturas nuevas, y su criterio se halla en formación, las obligaciones son mayores y, por lo tanto, los ejercicios físicos deben orientarse a una función puramente descongestiva, práctica respiratoria, recreativa sin llevarla al deportismo, adquiriendo conocimientos rudimentarios de técnica. En las escuelas normales, la iniciación de práctica pedagógica en educación física y los ejercicios adecuados a su femineidad con los conocimientos teóricos y técnicos de juegos recreativos.

En el 5.° año, el alumno adquiere conocimientos superiores y las asignaturas del 4.° año sufren un aumento progresivo en sus planes, llega su sistema óseo articular ligamentoso y muscular a su desarrollo diferencial como así sus aparatos respiratorio y circulato-

rio. Los ejercicios físicos pueden ser orientados a la buena marcha de los sistemas y aparatos. Los juegos, la pequeña competencia entre alumnos, pruebas físicas, etc., serían complementos de la misma. Se entiende que ella debe ser ejecutada diariamente. En las escuelas normales, la práctica pedagógica debe ser el programa principal, como así la enseñanza técnica, teórica y práctica, dividiendo el programa en tres clases semanales para práctica pedagógica y tres en práctica con profesor, desarrollando todo el programa durante las clases diarias de modo que no exige del alumno preparación enseñada en la escuela.

Se evitará así un sobrecargo en el estudio con otras asignaturas, pues hay que tener en cuenta las clases de práctica pedagógica del programa de estudio. Todo esto requiere un control constante de las direcciones, como así de los inspectores técnicos destacados en los establecimientos y, como tal, de un eje central que vigile toda la enseñanza. Por todo esto entendemos que únicamente deben ser médicos especializados los que hayan de estar en los lugares técnicos de control, pues a la vez que es un plan de profilaxis es también de medicina preventiva.

Educación Física y Recreación. — Plan de Trabajo para la Universidad

En la educación física universitaria convendrá que la asistencia sea obligatoria, salvo en los casos siguientes, en los que se admitirá a los alumnos con carácter de voluntarios: a) mayores de 25 años; b) los casados de cualquier edad; c) los que rindieran a satisfacción una prueba de suficiencia a establecerse. Todos los alumnos podrán representar a su Facultad en las competiciones. deportivas. Se admitirá también, como voluntarios, a los egresados.

Los que asistan obligatoriamente podrán incurrir hasta en un 50 por ciento de inasistencias a las clases correspondientes a cada bimestre. A los que excedieran en las faltas no se les otorgará el permiso para rendir examen.

La enseñanza será impartida con un mínimo de tres (3) clases semanales, de una (1) hora de duración cada una. Se establecen tres (3) turnos diarios: mañana, tarde y noche, pudiendo los alumnos optar por cualquiera de ellos.

Cada Universidad deberá contar con un campo de deportes y su gimnasio cerrado, en los que no deben faltar pileta de natación, vestuarios, baños adecuados y el comedor universitario.

Cada Facultad tendrá un Director Secretario, con quien colaborarán los profesores, cada uno de los cuales impartirá la enseñanza a conjuntos no mayores de cincuenta (50) alumnos.

Consideramos conveniente la gimnasia natural, fundada en el método Hobert, adaptándola a la índole de nuestros alumnos, por las siguientes razones: a) es higiénica, porque se practica de preferencia al aire libre y actúa sobre las grandes funciones del organismo; b) contiene ejercicios educativos, como la marcha y los equilibrios, y actividades utilitarias como la natación, el levantamiento y transporte de pesos, la defensa personal, etc.; c) sus movimientos pueden dosificarse para aplicarlos a sujetos de distinta robustez; d) es sencilla, agradable y descongestiva, porque sus actividades son naturales y variadas; e) sirve de base a la mayoría de las actividades atléticas y deportivas; f) sus resultados pueden apreciarse fácilmente, mediante cifras, etc.

Debe cultivarse el atletismo, porque comprende actividades que son instintivas en el hombre, es una fuente de educación integral y proporciona un sano esparcimiento al cuerpo y al espíritu. Las actividades atlécticas que se adaptan mejor al elemento universitario son las siguientes: carreras de velocidad. 100, 200 y 400 metros llanos; medio fondo 800 y 1.500 metros llanos; fondo: 3.000, 5.000 y 10.000 metros y cross-country; postas de 4x100, 4x200, 4x400 y 4x800; carreras de vallas: 110, 200 y 400 metros; saltos en alto, en largo, salto triple, salto con garrocha; lanzamientos, bala, disco, martillo, jabalina, pentahlon y decathlon.

Los deportes que más se adaptan al medio estudiantil universitario son los siguientes: balón, basquetball, box, equitación, esgrima, fútbol, lawn-tenis, lucha, natación, water-polo, pelota a paleta, pesas, rugby, volley-ball, etc.

La educación física en la estudiante universitaria deberá estar fundada en los siguientes principios:

1.° Educación de la función respiratoria y desarrollo de los músculos abdominales y pélvicos.

2.° La lección deberá ser corta, destinando poco tiempo a la educación muscular propiamente dicha, para darle mayor tiempo a la gimnasia rítmica y a los juegos y deportes.

3.° Se procurará que la clase sea lo más higiénica posible, para lo cual es necesario que obtengan el mayor rendimiento del aire, el sol y el agua.

4.° Es muy importante en una mujer la movilidad en las articulaciones y en el control neuromuscular.

5.° Los movimientos deben ser más bien suaves de relajamiento; los localizados no deben ser mayores de intensidad.

La clase común comprenderá: marchas, saltos, pasos de baile, ejercicios de equilibrio, ejercicios abdominales, ejercicios respiratorios.

Entre los deportes apropiados se harán: natación, tenis, pelota al cesto, equitación y golf.

Las danzas y el canto son otras de las miras de la enseñanza y, de predilección, las folklóricas argentinas.

Acción Cultu-Paralela

Este departamento tan importante como el primero, su nombre ya lo expresa, es paralelo en la formación del carácter, completando la acción de la parte física explicada en el departamento técnico.

Todo centro de educación física tiene una alta finalidad cultural del pueblo, fomentando vínculos y estableciendo un nivel superior, mediante la instrucción por intermedio de clases de cultura, de idiomas, de contabilidad, de labores, de cerámica y de música.

Estas clases procurarán que el obrero, el estudiante, el empleado, busquen una perfección, logrando así una mayor independencia y despertando en él una vocación dormida.

Las artes decorativas, otra de las actividades de los centros, permitirán salvar el primer escalón para el futuro artista.

El centro de educación física tendrá locales exprofeso para su acción cultural. En los niños fomentará el estudio y les permitirá encontrar en él un segundo hogar, donde maestros ayudarán a los mismos en la resolución de sus problemas y deberes de escuela.

Bibliotecas y Revistas

La biblioteca contará con libros suficientes y clasificados de cultura general, científicos, escolares, revistas y publicaciones nacionales. Una sección de préstamos de libros a los fines de facilitar y fomentar el estudio.

Actividades Sociales y Estéticas

Estas actividades no han sido descuidadas en el plan de organización del centro de educación física. Reuniones de carácter social son las conferencias ilustradas, las comidas de camaradería, las fiestas teatrales. Dentro de las actividades estéticas, el aeromodelismo es una de las que más interesará a grandes y chicos.

Los juegos de salón (ajedrez, ping-pong, sapo, damas, etc.) permiten una distracción sana y aguzan el ingenio y habilidad.

El baile de danzas nativas es una de las actividades que los centros pondrán más en práctica.

Informes

En los centros de educación física funcionará una oficina de informes, a los fines de asesorar y aconsejar a quien lo solicite,

en trámites y solucionar por intermedio de un servicio social, las dificultades por las cuales pasen los concurrentes al centro de educación física.

Conferencias y Visitas

Las conferencias de extensión cultural tendrán preferencia especial, como así las sanitarias a los fines de ilustrar al pueblo sobre los problemas que el Estado está empeñado en resolver para conseguir una mejor vida y salud.

Las visitas instructivas con charlas en lugares históricos, museos, fábricas, etc., completarán el plan de acción cultural.

Proveeduría y Depósito

Son de capital importancia las proveedurías en los centros de educación física, porque permiten al recurrente adquirir en ellas, a un precio económico, los elementos que precise para desarrollar el programa físico, como así artículos de primera necesidad, que por la demanda de los mismos fuera necesario tener en ellas.

Además, la proveduría y el depósito servirán para el suministro de las mercaderías necesarias para el consumo de los comedores.

Comedores

Los comedores serán de dos clases, uno destinado a los niños y otro a los mayores. El primero es de una especial atención, teniendo en cuenta, por el cuidado que en sí requiere, la alimentación infantil que será controlada por la repartición de la Secretaría de Salud Pública que vigila la alimentación higiénica.

Llegaremos así a nutrir, primero, bien el cuerpo y, después, efectuar el modelado físico adecuado, evitando así muchos males.

Los comedores para adultos serán también controlados por especialistas dietólogos y a precios económicos, siendo las raciones sanas y suficientes.

Se enseñará así a la población a saber comer.

Comisión de Vecinos

Entre los concurrentes a los centros de educación física se elegirá una comisión de vecinos, quienes tendrán las atribuciones de comisión cooperadora con las actividades de los centros. Se dará así la ocasión de ocupar a los vecinos en las actividades de los centros.

La estructuración de los centros de Educación Física en sus dos tipos A y B, es la siguiente:

CENTROS DE EDUCACION FISICA

TIPO A

Superficie: 1750 m.²

Locales:

1 — Hall de entrada.
1 — Departamento para director: Oficina despacho.
Dormitorio.
Cuarto de baño privado.
Placards roperos.
1 — Consultorio médico-físico.
1 — Sala de curaciones y cirugía menor.
1 — » de kinesiología y gimnasia médica.
1 — Oficina de director de educación física: Ofic. despacho.
Ofic. profesores.
1 — Oficina de archivo y administración.
1 — Cuarto de baño y lavatorios.
1 — Sala de lectura.
1 — Salón comedor.
1 — Oficina de servicio social.
1 — Cocina.
1 — Gimnasio.
1 — Pileta de natación.
1 — Sección vestuarios para damas.
1 — Sección vestuarios para caballeros.
2 — Secciones de duchas correspondientes.
1 — Sección de canastos, llaveros y toallas.
1 — Pista de atletismo y pequeño parque.
1 — Depósito de materiales y mercaderías.
1 — Vestuario de profesores varones.
1 — » » profesoras mujeres.

CENTROS DE EDUCACION FISICA

TIPO B

Superficie: 850 m.²

Locales:

1 — Hall de entrada.
1 — Despacho director: Dirección.
Dormitorio.
Baño completo.

1 — Consultorio y sala auxilios.
1 — Oficina director físico y profesores.
1 — Consultorio kinesiología y gimnasia médica.
1 — Baño y lavatorios.
1 — Oficina archivo y contralor.
Servicio Social.
1 — Gimnasio.
1 — Vestuario damas.
1 — » caballeros.
2 — Secciones duchas correspondientes.
1 — Comedor y salón social.
2 — Aulas para Jardín de Infantes y Extensión Cultural.

Estos centros se distribuirán en todo el país de acuerdo a las especificaciones del mapa adjunto.


Jujuy
SALTA
FORMOSA
Sgo DEL ESTERO
RESISTENCIA
CORRIENTES
POSADAS
CATAMARCA
LA RIOJA
SAN JUAN
CORDOBA
SANTA FE
PARANA
SAN LUIS
MENDOZA
AVELLANEDA
CHASCOMUS
SANTA ROSA
MAR DEL PLATA
NEUQUEN
VIEDMA
SN. CARLOS DE BARILOCHE
RAWSON
RIO GALLEGOS
CAPITAL FEDERAL
EDUCACION FISICA Y MEDICINA DEL DEPORTE
REFERENCIAS
CAMPAMENTO
CENTRO TIPO A
CENTRO TIPO B
INSTITUTO DE FISIOPATOLOGIA DEL DEPORTE

Figura N.º 56

VIGILANCIA DE LOS DEPORTES POR MEDICOS HIGIENISTAS Y ESPECIALIZADOS. (MEDICINA DEL DEPORTE)

Evitar que los deportes sean un factor de mortalidad.

El control y vigilancia de quienes practican deportes, deben estar exclusivamente bajo la acción médica.

Los distintos congresos y conferencias realizadas en nuestro país y en el extranjero en sus recomendaciones y finalidades establecieron la necesidad imperiosa de esta acción del médico especializado.

Para ello, apelará el médico a las pruebas de control que reunirán condiciones capaces de formar un concepto definido sobre el desenvolvimiento actual del desarrollo en relación con revisaciones iniciales y la edad cronológica.

Establecerá las edades óptimas para la práctica de los deportes, como así los límites mínimo y máximos.

Tener en cuenta: a) si ha continuado la diferenciación del sistema óseo articular ligamentoso, si ha evolucionado favorablemente valorándolo por el tono articular, la arquitectura esquelética y las pruebas de agilidad, velocidad, etc. — b) Si ha continuado en forma correcta el crecimiento del sistema muscular y del aparato circulatorio por pruebas establecidas y reacciones dinámicas y c) muy especialmente, la orientación médico-biológica.

El establecer la vigilancia de los deportes en general y muy especialmente los profesionales, porque ellos escapan al control del Estado en nuestra organización, permitirá vigilar las distintas enfermedades del deporte, confeccionar las estadísticas y establecer los beneficios que cada deporte pueda reportar para la salud. Permitirá confeccionar, teniendo en cuenta ésto, una legislación del accidente y de la enfermedad profesional del deportista. Para ejercer esta vigilancia establecemos:

1.° — Examen y orientación deportiva de los escolares.
2.° — Ficha única del deportista en todo el país.
3.° — Examen médico del deportista profesional.
4.° — Examen médico del aficionado.

EXAMEN Y ORIENTACION DEFINITIVA DE LOS ESCOLARES

El examen del niño en edad preescolar y luego escolar, permite llenar la necesidad de utilizar para corregir, orientar y modelar al futuro ciudadano y a la futura mujer argentina de la educación física aplicada científicamente como elemento de tratamiento.

El juego educativo, es a la vez, formativo y por lo tanto, es educación física científicamente aplicada. La orientación que estableceremos en los jardines de infantes (preescolar) será en base a una metodología que esté acorde con nuestras latitudes y climas de forma tal que tengan continuidad en la ejecución, evitando los claros que puedan producirse en forma de llevarlos gradualmente y progresivamente a las prácticas más intensas, como así pruebas de correcta adaptación según edades y conformación física, evitando que ellas sean factor de mortalidad.

COORDINACION CON HIGIENE ESCOLAR

Por esto es que el examen previo tiene punto de contacto, como así la vigilancia con el plan de Higiene Escolar. En la enseñanza media, el examen periódico y la libreta sanitaria permiten estudiar las desviaciones de la normalidad morfológica y fisiológica, estableciendo así soluciones mediante la educación física a estos problemas.

FICHA MEDICA DEL DEPORTISTA EN TODO EL PAIS

La elaboración de una ficha individual psicomorfo-fisiológica y médica es y ha sido una preocupación y aspiración de quienes actúan en la medicina deportiva panamericana.

Ha formado parte de los temarios de los congresos internacionales realizados; por ello la Secretaría de Salud Pública ha estudiado y confeccionado una ficha que reúne tales condiciones para que las instituciones oficiales y privadas la realicen sin dificultades técnicas, conteniendo los datos primordiales y necesarios en forma sencilla y práctica que permitirá al médico realizarla sin dificultad.

La interpretación posterior de la misma será dada por los médicos especializados que establecerán las condiciones a seguir.

COORDINACION NACIONAL

Se realiza así un plan de coordinación nacional unificando criterios y llegar a realizar una estadística en el futuro completo de toda la población deportiva del país.

EXAMEN MEDICO DEL DEPORTISTA PROFESIONAL

El establecer el examen del deportista profesional es una de las preocupaciones del momento actual en materia deportiva que dará la garantía de la aptitud y, hacerlo obligatorio, evitará que el deporte sea un factor de desgaste de material humano y causa de muerte prematura. A tal fin se ha despertado en los dirigentes

de asociaciones, federaciones y clubes afiliados a la misma, la implantación del examen médico del deportista como condición previa al ingreso al deporte profesional.

Se establecerán los deportes que requieran mayor vigilancia médica, estudio que se realizará en el laboratorio de fisiología del Instituto de la especialidad profesional.

El profesionalismo no solamente abarca al jugador de fútbol, sino que se extiende a otros deportes y, por consiguiente gana cada día más adeptos. No se puede precisar en estos momentos el número de los que cuenta cada uno.

La práctica excesiva de los deportes puede llevar a dos serios peligros ya conocidos: uno, la hipertrofia del corazón y el surmenage (agotamiento orgánico), el otro, lo que requiere someter al deportista periódicamente al examen físico médico.

El catastro de los jugadores profesionales y la confección del fichero correspondiente que contendrá la ficha de especialización consignará las afecciones y traumatismos que sufrieran como así las defunciones producidas como consecuencia de lo expresado más arriba.

El Estado otorgará al jugador profesional un carnet sanitario en el cual va consignado su examen y grado de aptitud, requisito éste indispensable para poder desempeñarse en su respectivo deporte.

Permite así al deportista tener una garantía de salud, al Estado velar por la misma, conociendo mejor a su población deportiva profesional.

EXAMEN MEDICO DEL AFICIONADO

Si bien cuidamos la salud del jugador profesional, no menos importante es el cuidado del aficionado.

Vemos cuántas veces el entusiasmo lleva a la práctica desmedida de un deporte, por jóvenes que prontamente predisponen su físico, a enfermedades como tuberculosis, insuficiencias cardíacas y renales. Ejemplo de todo esto lo tenemos de jóvenes boxeadores.

Dejamos sentado el principio que no debe realizarse entrenamiento ni práctica intensiva de un deporte antes de los diez y ocho años, etapa que es netamente formativa por el desarrollo óseo ligamentoso y diferenciación orgánica aun no terminada, mediante el examen médico físico periódico, permitirá ver la evolución e indicar acertadamente la terapéutica física a seguir y el deporte formativo a practicar.

Permite procurar con la salud y el vigor del cuerpo, mantener la salud y vitalidad del espíritu.

Las entidades privadas que han organizado su consultorio adoptarán la ficha físico-médica-única y realizarán el contralor del

deportista y aficionado enviando a la Secretaría de Salud Pública de la Nación un duplicado a los fines de consignar el examen en el fichero general del deportista aficionado constituído ya a tal efecto. Si bien existen en la República entidades que puedan realizar este examen, el trabajo realizado ha sido básico para llegar a establecer normas a seguir en el futuro, pero son muchas las instituciones que no cuentan con medios para sostenimiento de consultorios. La Secretaría de Salud Pública ha de llegar hasta ellos instalando, dentro de sus posibilidades, consultorios gratuitos.

CONSULTORIOS GRATUITOS EN LOS CLUBES

Estos consultorios son instalados en los clubes de barrio; muchos de ellos, faltos de apoyo monetario, ven con esta iniciativa una esperanza que se hace realidad y que permitirá, no sólo su vigilancia médico deportiva, sino el tener asistencia médica cercana a su domicilio.

Estos consultorios realizarán el examen médico de las madres, recién nacidos, primera y segunda infancia, adolecentes, jóvenes y adultos de la zona a que pertenezca el club, organizando así un fichero local completo en su deble aspecto físico y médico preventivo, con todas las instalaciones indispensables para llenar su cometido y el personal especializado necesario.

Los equipos médicos serán constituídos por un médico jefe, una médica, un kinesiólogo, un biotipólogo y un profesor de educación física que desarrollarán cada uno su tarea específica. En los clubes que cuentan ya con consultorios y personal adecuado, se constituirá, en forma transitoria primero, y luego, en inspección, un equipo médico formado por un médico y uno biotipólogo a los fines de asesoramiento y orientación.

RELACION CON EL PROYECTO DE CODIGO SANITARIO

Inciso 53 —Siendo el propósito de la Secretaría de Salud Pública promover, coordinar y fiscalizar las instituciones destinadas a la conservación de la salud por medio de procedimientos higiénicos, de cultura física o recreativa y fiscalizar esas actividades en establecimientos deportivos, colonias o campamentos de vacaciones; y

Inciso 51 — Promover la creación y estimular el desarrollo de las obras e iniciativas públicas o privadas tendientes a satisfacer fines sanitarios médico-sociales y de asistencia social; y

Inciso 56 — Promover, organizar o proveer la formación y el perfeccionamiento de médicos, asistentes sociales y otros técnicos auxiliares sanitarios, corresponde la siguiente legislación en materia de Educación Física:

La Secretaría de Salud Pública de la Nación por intermedio de su organismo técnico tendrá las siguientes facultades:

a) Orientar la enseñanza de la E. Física hacia fines netamente higiénicos que establezcan un mejor estandard de salud: para ello confeccionará los planes más adecuados a los tipos morfo-fisiológicos de la población.

b) A los fines anteriormente expresados tomará la orientación de la enseñanza desde la primera infancia hasta el estado adulto.

c) Asesorará a los organismos del Estado o privados para cumplir tales fines.

d) Para cumplir con los fines de coordinación y fiscalización queda establecida la ficha físico, médica y de orientación deportiva, confeccionada por la dependencia de la Secretaría de Salud Pública de la Nación como ficha única para todo el territorio de la República.

e) Todas las instituciones, oficiales y privadas, de carácter deportivo, social y cultural adoptarán la misma, remitiendo copia autenticada a la Secretaría de Salud Pública de la Nación a los fines de contralor y archivo. Para el cumplimiento del presente inciso se ajustará a la reglamentación que confeccione la Secretaría de Salud Pública.

f) Para coordinar y cooperar en el contralor y examen médidico deportivo de las instituciones o clubes, la Secretaría de Salud Pública, enviará equipos médicos que con profesionales de los mismos realizarán acción conjunta.

g) Fiscalizar la práctica del deporte profesional y de aficionados a fin de asegurar por medio de sus órganos de contralor el cumplimiento de las normas de carácter técnico-médico-deportivas dispuestas por la Secretaría de Salud Pública de la Nación, dentro de sus facultades propias o recabando de los poderes públicos respectivos la intervención correspondiente para lograr su cumplimiento.

h) Crear y habilitar centros de E. Física en todo el país, que llenarán las funciones de medicina deportiva, orientación física, recreación gimnástica deportiva, acción cultural, esparcimiento popular, acción social, colonias de vacaciones, campamentos de descanso y comedores populares.

i) Coordinar y fiscalizar las instituciones de carácter recreativo y cultural con los centros de educación física en la acción popular, a los fines de la conservación de la salud; aprovechamiento de las horas libres (recreación), distribución equitativa del descanso, fomentando y elevando el nivel cultural mediante un plan preparado para tal fin.

j) Promover el buen estado sanitario en los establecimientos deportivos ajustándolos a los principios y normas higiénicas establecidas, facilitando cuando se considere necesario los medios para cumplir tales fines.

k) Controlar el estado de salud de los profesionales técnicos, mediante el examen médico periódico realizando el catastro de los mismos en todo el país; de dicho examen surgirá la habilitación técnico, físico, médica, para el ejercicio profesional.

l) Coordinar y fiscalizar las colonias o campamentos de vacaciones que realicen instituciones nacionales o privadas ajustándolos a un plan de distribución, previo examen médico de los inscriptos a las mismas, indicando la zona climática adecuada en cada caso.

m) Es atribución de la Secretaría de Salud Pública, la vigilancia médico-sanitaria de las colonias y campamentos, estableciendo la inspección periódica de los mismos.

n) Las colonias y campamentos deben contar con personal técnico para atender la fase educativa del mismo (recreación, deportes, excursiones, visitas, etc.).

II — Créase en la Secretaría de Salud Pública de la Nación la Escuela Superior de Educación Física para proveer, la formación y perfeccionamiento de médicos, técnicos y auxiliares de Educación Física.

Dicha escuela funcionará anexa en el Instituto de Fisiopatología del Deporte, creado por Ley en el plan de construcciones de la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

PRELACION DE LAS OBRAS

Año 1947

a) Abril Instituto de Fisiopatología y Medicina del Deporte, 100 camas.
Mayo Escuela Superior Anexa de Educación Física.

b) Junio Dos Centros de Educación Física, tipo B. Capital Federal.
Oct. Dos Centros de Educación Física, tipo B. Capital Federal.

c) Marz. Centro tipo A, Tucumán.
Abril Centro tipo B, Jujuy.
Abril Centro tipo B, Salta.
Julio Centro tipo A, Santiago del Estero.

Año 1948

a) Feb. Centro tipo B, San Juan.
May. Centro tipo B, Corrientes.

Ago. Centro tipo B, Catamarca.
Sep. Centro tipo A, La Rioja.

Año 1949

a) Mar. Centro tipo B, Santa Fe.
Abr. Centro tipo B, Córdoba.
May. Centro tipo A, San Luis.
Jun. Centro tipo A, Santa Rosa. (La Pampa).
Jul. Centro tipo A, Río Grande (Tierra del Fuego).

Año 1950

a) Feb. Centro tipo B, Trelew y Esquel.
Mar. Centros tipo B, Viedma (Río Negró).
May. Centro tipo B, Resistencia.
Jun. Centro tipo B, Mendoza.
Jul. Centro tipo B, Avellaneda. (Buenos Aires).

Año 1951

a) Feb. Centro tipo B, Paraná (Entre Ríos).
May. Centro tipo B, Posadas.
Jun. Centro tipo B, Formosa.
Jul. Centro tipo B, Río Gallegos (Santa Cruz).

TOTAL	
Centros tipo A	6
Centros tipo B	21
Total Centros de Educación Física al término del período 1947-1951	27



PLAN ANALITICO DE LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA

SUMARIO